

2020

YÜKSEK LİSANS TEZİ

R.BAYRAM

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



**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA CİNSEL
DİSFONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Rıdvan BAYRAM

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

Ortak Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

BALIKESİR-2020

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

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA CİNSEL
DİSFONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Rıdvan BAYRAM

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi - Başkan

Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Bursa Uludağ Üniversitesi - Üye

Doç. Dr. Sibel ERGÜN
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT
Sakarya Üniversitesi - Üye

Dr. Öğr. Üyesi Selda YÖRÜK
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hicran YILDIZ

BALIKESİR - 2020



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

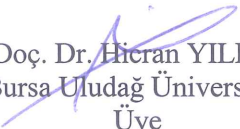
TEZ KABUL VE ONAY


Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan
“Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi”
başlıklı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Tez Savunma Tarihi: 03 / 02 / 2020

TEZ SINAV JÜRİSİ


Doç. Dr. Sibel KARACA SIVRIKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Başkan


Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Bursa Uludağ Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Sibel ERGÜN
Balıkesir Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT
Sakarya Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Selda YÖRÜK
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak
03 / 02 / 2020 tarihinde teslim edilmiştir.


Prof. Dr. İzzet KARAHAN
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim (03/02/2020).

Rıdvan BAYRAM



TEŞEKKÜR

Çalışma konusunun belirlenmesinde, çalışmanın hazırlanma sürecinin her aőamasında bilgi, tecrübe ve fedakarlıklarıyla bana her fırsatta yardımcı olan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemi ve değerini asla unutmayacağım saygıdeğer danıőman hocam sayın Doç. Dr. Hicran YILDIZ'a, katkı ve önerilerini esirgemeyen ortak tez danıőmanım sayın Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA'ya, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde görev yapan sağlık personeline ve çalışmam için vaktini ayıran değerli katılımcılara, çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen arkadaőım Serkan BUDAK'a ve hayatımın her evresinde bana olan desteğini esirgemeyen kıymetli aileme sonsuz teőekkürler...

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vii
1.GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Hipotezleri.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	4
2.1.1. Tanımı ve Evreleri	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Patofizyoloji.....	7
2.1.4. Etiyoloji.....	7
2.1.5. Tanı	9
2.1.6. Tedavi.....	9
2.2. Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....	12
2.2.1. Tanımı	12
2.2.2. Sınıflaması	14
2.2.3. Tanı.....	15
2.2.4. Tedavi.....	17
2.2.5. Cinsel Disfonksiyonda Hemşirenin Rolü.....	19
2.3. KBY'de Cinsel Disfonksiyon.....	21
2.4. Yaşam Kalitesi.....	23
2.4.1. Tanımı.....	23
2.5. KBY'de Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4.1. Veri Toplama Araçları	26
3.4.2. Uygulama.....	28

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.7. Araştırmanın Etik yönü	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	42
5.1. Sosyo-Demografik Özellikler	42
5.2. Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler	44
5.3. Cinsel Disfonksiyona Özellikler	46
5.4. Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikler	48
5.5. Cinsel Disfonksiyonu Etkileyen Faktörler	49
5.6. Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1 Sonuç	54
6.2 Öneriler	55
KAYNAKÇA	56
EK-1. GENEL BİLGİ FORMU	71
EK-2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	73
EK-3. ULUSLARARASI EREKSİYON İŞLEVİ DEĞERLENDİRME FORMU (IIEF)	77
EK-4. KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI)	79
EK-5. ETİK KURUL İZİNİ	81
EK-6. KURUM İZİNİ	82
EK-7. ÖZGEÇMİŞ	83

ÖZET

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon (CD) ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin Hemodiyaliz Ünitesinde tedavi gören 20 kadın, 29 erkek toplam 49 hasta oluşturmuştur. Veriler, literatür ışığında hazırlanmış sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin risk faktörlerini içeren genel bilgi formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI), Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (IIEF) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmamızda, hastaların tamamında CD saptanmıştır. Kadınlarda en fazla etkilenen alan orgazmik fonksiyon, en az etkilenen alan cinsel istektir. Erkeklerde en fazla etkilenen alan orgazmik fonksiyon, en az etkilenen alan erektil disfonksiyondur. Olgularda yaş, meslek, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu ve hemodiyaliz süresi gibi faktörlerin CD oluşumunu etkilediği saptanmıştır. Kadın ve erkek olgularda, cinsel fonksiyonun tüm alt boyutları ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda cinsel disfonksiyon sık görülmektedir. Bu hastalarda, hastalıkla ilişkili faktörlerin yanı sıra psikososyal faktörler de CD'yi etkilemektedir. Bu nedenle, hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda CD değerlendirilirken hastalıkla ilişkili faktörlerle birlikte, psikososyal faktörler de değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel disfonksiyon, hemodiyaliz, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Evaluation of Sexual Dysfunction in Patients Undergoing Hemodialysis Treatment

This study was done to determine of sexual dysfunction (SD) and the factors that may effect to SD in in patients undergoing hemodialysis treatment. The sample of the study consisted of 49 patients (20 females, 29 males) treated in the Hemodialysis Unit of a university hospital. Data were collected through a general information form including sociodemographic characteristics and risk factors for the disease, Female Sexual Function Index (FSFI), International Assessment Form for Erectile Function (IIEF) and Quality of Life Scale (SF-36). In our study, CD was detected in all patients. In women, the most affected area is orgasmic function and the least affected area is sexual desire. In males, the most affected area is orgasmic function and the least affected area is erectile dysfunction. Factors such as age, occupation, having a child, working status and duration of hemodialysis were found to affect CD formation. It was found that there was a relationship between all sub-dimensions of sexual function and quality of life in male and female subjects. In conclusion, sexual dysfunction is common in patients undergoing hemodialysis treatment. In these patients, psychosocial factors as well as disease-related factors affect CD. Therefore, in patients undergoing hemodialysis treatment, CD should be evaluated together with disease-related factors as well as psychosocial factors.

Keywords: Sexual dysfunction, hemodialysis, quality of life

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

KBY	:	Kronik Böbrek Yetmezliği
GFH	:	Glomerül Filtrasyon Hızı
CREDIT	:	Chronic Renal Disease in Turkey
SDBY	:	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TURDEP I-II	:	Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları
RRT	:	Renal Replasman Tedavileri
KBH	:	Kronik Böbrek Hastalığı
THSK	:	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
RAAS	:	Renin-Anjiyotensin-Aldesteron Sistemi
TGF- β	:	Transforme Edici Büyüme Faktörü- β
PTH	:	Paratiroid Hormon
ALP	:	Alkelen Fosfataz
HD	:	Hemodiyaliz
PD	:	Periton Diyalizi
TND	:	Türk Nefroloji Derneği
SAPD	:	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
WHO	:	World Health Organization
HT	:	Hipertansiyon
ACEI	:	Anjiyotensin Konverting Enzim İnhibitörleri
ARB	:	Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
SSRI	:	Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
CD	:	Cinsel Disfonksiyon
CFB	:	Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

APA	:	Amerikan Psikiyatri Birliği
ICD-10	:	International Classification of Diseases-10
SHBG	:	Seks Hormonu Bağlayıcı Globulin
DHEA	:	Dehidroepiandrosteron
FSH	:	Folikül Stimüle Edici Hormon
GABA	:	Gama Amino Bütirik Asit
PET	:	Positron Emission Tomography
MRI	:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NPT	:	Nokturnal Penil Tümesans ve Sertlik Testi
SSRI	:	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
FSFI	:	Female Sexual Function Index
IIEF	:	International Index of Erectile Function
ED	:	Eretil Disfonksiyon
YK	:	Yaşam Kalitesi

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n = 49).....	30
Tablo 4.2. Olgularda Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n = 49).....	31
Tablo 4.3. Kadın Olguların FSFI Alt Gruplarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (n = 20).....	32
Tablo 4.4. Erkek Olguların IIEF Alt Gruplarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (n = 29).....	32
Tablo 4.5. Olguların Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı (n = 49).....	33
Tablo 4.6. Kadınlarda Sosyodemografik Özelliklerin Cinsel Disfonksiyona Etkisi (n = 20).....	34
Tablo 4.7. Erkek Olgularda Sosyodemografik Özelliklerin Cinsel Disfonksiyona Etkisi (n = 29).....	36
Tablo 4.8. Kadın Olgulardaki Sağlık Durumlarının Cinsel Disfonksiyona Etkisi (n = 20).....	38
Tablo 4.9. Erkek Olgulardaki Sağlık Durumlarının Cinsel Disfonksiyona Etkisi (n = 29).....	39
Tablo 4.10. Kadın Olgularda Yaşam Kalitesi Alt Boyutları İle FSFI Cinsel Disfonksiyon Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı (n= 20).....	40
Tablo 4.11. Erkek Olgularda Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile IIEF Cinsel Disfonksiyon Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı (N= 29)	41

1.GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), farklı etiyolojilere bağlı olarak glomerül filtrasyon hızı (GFH)'nın 60 ml/dk'dan düşük olması ya da böbrek hasarı ile ilişkili göstergelerin var olması şeklinde tanımlanmaktadır (Karadakovan, 2010; Ovayolu, 2015). Amerika Birleşik Devletleri yıllık (2013) verilerine göre KBY insidansı milyon nüfus başına (mnb) 295, prevalansı milyon nüfus başına 1,924 olarak saptanmıştır (USRDS, 2013). CREDIT araştırmasında ülkemizde yetişkin nüfusta KBY prevalansı %15,7 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, evrelere göre KBY prevalansı, evre 1 %5,43, evre 2 %5,15 evre 3 %4,67, evre 4 %0,27 ve evre 5 ise %0,15 olarak tespit edilmiştir (Süleymanlar ve ark., 2011). KBY'li hastalar fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşayabilmektedir (Mutlu ve Duyan, 2012). Bu sorunlardan biri de cinsel disfonksiyondur (Göriş ve Bilgi, 2015). Cinsel disfonksiyon, hem kadın hem de erkeklerde fizyolojik ve psikolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan, cinsel istekte ve cinsel yanıt döngüsünde bozulmalarla ilişkili bir durumdur (Gölbaşı ve ark., 2014). Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) bulunan kişilerde ortaya çıkan endokrinolojik sorunlar, kullanılmakta olan ilaçlar, psiko-sosyal etkenler ve depresyon cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir (Şahin ve Ertekin, 2009). Glomerüler ve vasküler hastalıkların en sık nedenlerinden biri olan diyabet ve hipertansiyon, KBY gelişimine neden olan en önemli komorbid durumlardır (Batmazoğlu, 2008; Girişgen ve ark., 2016). KBY'li hastalarda var olan komorbid durumlar, hastalığın ortaya çıkışının yanı sıra cinsel disfonksiyon gelişimine de katkıda bulunmaktadır. Diyabet ve hipertansiyon, KBY'li hastalarda morbitide ve mortaliteyi ciddi düzeyde arttırmaktadır (Turgut, 2011). Hipertansiyon, nefron hasarına ve nefroskleroza, diyabet ise nefropati ve vaskülopatilere neden olarak KBY gelişimine yol açmaktadır (Batmazoğlu, 2008; Atasoy ve ark., 2015). Türkiye'de yetişkinlerin neredeyse 1/3'ü hipertansiftir (Süleymanlar ve ark., 2017). Ülkemizde yapılan PATENT I çalışmasında

hipertansiyon prevalansı %31,8, PATENT II çalışmasında %30,3 olarak belirlenmiştir (Altun ve ark., 2003; Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012). CREDİT (Chronic Renal Disease in Turkey) çalışmasında, KBY prevalansının hipertansiflerde %25,3, normotansiflerde %10,6 olduğu saptanmıştır (Süleymanlar ve ark., 2011). Dünyada ve ülkemizde diyabet prevalansı giderek artmaktadır (Süleymanlar ve ark., 2017). Ülkemizde yapılan TURDEP I çalışmasında diyabet prevalansının %7,2, TURDEP II çalışmasında %13,7 olduğu saptanmıştır (Satman ve ark., 2002; Satman, 2010). Diyabetli bireylerde tanı anından 20 yıl sonra nefropati görülme prevalansı %25'tir (Dursun ve Günel, 2007). CREDIT çalışmasında, KBY'li hastalarda diyabet prevalansının %12,7 olduğu tespit edilmiştir (Süleymanlar ve ark., 2011).

KBY'li hastalarda, hastalığın evresi, hastalık süresi, hastada var olan semptomlar ve semptomların şiddeti, uygulanan tedavi yöntemi, hastalığa ve tedaviye uyum, komplikasyonların varlığı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar, var olan diğer hastalıklar ve hastaya verilen eğitim yaşam kalitesini etkilemektedir (Akyol, 2016; Özçetin ve ark., 2009). KBY'li hastalarda, komorbid durumlardan hipertansiyon ve diyabetin önlenmesi ve kontrol altına alınması, KBY'li bireylerde ilerleyen böbrek hasarını geciktirerek morbidite ve mortalite ile birlikte sağlık harcamalarının azalmasına, yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Akpolat ve ark., 2007; Batmazoğlu, 2008). KBY'li hastalarda ortaya çıkan cinsel disfonksiyon da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Özyalvaçlı ve Metin, 2015). KBY'li hastalarda cinsel disfonksiyonun önlenmesi, erken tespiti ve tedavi edilmesi yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olmaktadır (Ateş, 2010).

KBY'li hastalarda hipertansiyon, diyabet ve cinsel disfonksiyon gelişiminin önlenmesi için, öncelikle hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, hastaların tedavi ve diyetle uyumunun sağlanması gerekmektedir (Günaydın, 2015). Hasta eğitimi, hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir (Akyol, 2016). Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, hemşirelerin kronik hastalığı

bulunan kişilere verdikleri eğitimin hastaya sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında, hastanın tedavi ve diyetle uyumunun artırılmasında ve bu değişikliklere bağlı olarak yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğu belirlenmiştir (Akyol, 2016; Aker ve Yüksel, 2016). Bununla birlikte, hemşirelerin cinsel disfonksiyon ve cinsel disfonksiyona neden olan faktörler konusunda bilgi sahibi olmaları, cinsel disfonksiyonun erken tanı ve tedavisinin sağlanması açısından son derece önemlidir (Parish ve ark., 2007; Görüş ve Bilgi, 2015).

Çalışma, diyaliz tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

1.1 Araştırmanın Hipotezleri

H01: Kronik böbrek yetmezliği hastalarında CD yoktur.

H1: Kronik böbrek yetmezliği hastalarında CD vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.1.1. Tanımı ve Evreleri

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), farklı etiyolojilere bağlı olarak minimum 12 hafta boyunca süren böbrek hasarı sonucu, glomerül filtrasyon hızı (GFH)'nin 60 ml/dk'nın altında olması şeklinde tanımlanmaktadır (Süleymanlar, 2007; Karadakovan, 2010; Ovayolu, 2015). KBY, glomerüler filtrasyon değerinin azalmasına bağlı olarak böbrek fonksiyonlarından olan sıvı-elektrolit dengesinin sağlanamaması ve metabolik-endokrin olayların kronik ve ilerleyici bir şekilde bozulması şeklinde de tanımlanmaktadır (Süleymanlar, 2007). Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) ise, böbrek fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak kaybının söz konusu olduğu, yaşamı tehdit edebilen üremik toksinlerin etkilerini engellemek ya da azaltmak amacıyla hastaya hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerinin (RRT) uygulanmak zorunda olduğu klinik bir durumdur (Süleymanlar, 2007).

KBY evresinin belirlenmesi, risk grubunda olan bireylerin saptanması, SDBY'nin önlenmesi, tedavinin planlanması ve gerektiğinde RRT'nin uygulanması açısından çok önemlidir (Topbaş, 2015; Süleymanlar, 2007). Daha önceki yıllarda KBY hafif, orta veya ağır şeklinde sınıflandırılırken, günümüzde klinisyenler arasında ortak bir dil oluşturmak amacıyla "The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative" (NKF-DOQI)'in önerdiği ve böbreğin fonksiyonel kapasitesinin değerlendirilmesine dayanan evreleme sistemi kullanılmaktadır (Tablo 1) (Süleymanlar, 2007; Ovayolu, 2015; Topbaş, 2015). KBY'de böbrek fonksiyonlarındaki azalma, klinik olarak asemptomatik durumdan

üremik sendroma kadar değişik derecelerde görülebilmektedir (Süleymanlar, 2007). Genellikle, böbreğin fonksiyonel durumunu değerlendirmek, böbrek hasarını erken evrede iken belirlemek ve böbrek hasarının gidişatını izleyebilmek amacıyla GFH kullanılmaktadır (Topbaş, 2015). GFH'nin normal değerleri 70-145 ml/dk arasında değişmektedir (Gülmez, 2016). GFH, 35 ml/dk ve üzerinde ise semptom görülmemektedir. GFH, 20-25 ml/dk arasına geldiğinde ise, hastada üremik semptomlar görülmeye başlamaktadır (Süleymanlar ve ark, 2017).

Tablo 1. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri (NKF, 2002)

Evre	Tanım	GFH (ml/dak/1,73m²)
0	Risk faktörü var	≥ 90
1	Böbrek hasarı var, GFH normal	≥ 90
2	Böbrek hasarı ve GFH hafif derecede azalma	60-89
3	GFH'nda orta derecede azalma	30-59
4	GFH'nda ciddi derecede azalma	15-29
5	Böbrek Yetmezliği (Diyaliz/Transplantasyon)	< 15

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünyada ve ülkemizde KBY prevalansı giderek artmaktadır (Yiğit ve Erdem, 2015). Hill ve arkadaşlarının KBH üzerine yaptığı meta analiz çalışmasında, evre 1-5 arası KBH prevalansının en düşük Güney Afrika, Senegal ve Kongo'da (%8,66) olduğu belirlenmiştir. En yüksek prevalans değerinin ise, Avrupa'da görüldüğü ve %18,38 olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, evre 3-5 arası KBH prevalansının en düşük Hindistan ve Bangladeş'de (%6,76) olduğu belirlenmiştir. En yüksek prevalans değerinin ise, ABD ve Kanada'da (%14,44) görüldüğü saptanmıştır (Hill ve ark., 2016) (Tablo 2).

Tablo 2. Coğrafi bölgelere göre KBH prevalansı (Hill ve ark., 2016).

	Evre 1 ile 5 arası		Evre 3 ile 5 arası	
	Örneklem	Prevalans (%)	Örneklem	Prevalans (%)
Güney Afrika, Senegal, Kongo	5.497	8,66	1.202	7,60
Hindistan, Bangladeş	1.000	13,10	12.752	6,76
İran	17.911	17,95	20.867	11,68
Şili	0	YOK	27.894	12,10
Çin, Tayvan, Moğolistan	570.187	13,18	62.062	10,06
Japonya, Güney Kore, Okyanusya	654.832	13,74	298.000	11,73
Avustralya	12.107	14,71	896.941	8,14
ABD, Kanada	20.352	15,45	1.319.003	14,44
Avrupa	821.902	18,38	2.169.183	11,86

Ülkemizde yapılan “Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması’nda (CREDIT)”; yetişkinlerde KBY prevalansının %15,7 olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, KBY’li hastaların %5,43’ünün evre 1, %5,15’inin evre 2, %4,67’inin evre 3, %0,27’sinin evre 4 ve %0,15’inin evre 5’te olduğu saptanmıştır (Süleymanlar ve ark., 2011). CREDİT çalışmasına göre, ülkemizde yaşayan her 6-7 erişkin kişinin biri çeşitli evrelerde böbrek yetmezliğine sahiptir (Süleymanlar ve ark., 2011). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği kayıt sisteminin ortak raporuna (2017) göre 2016 yılı sonu itibariyle KBH prevalans 933 mnb, insidans ise 139 mnb olarak hesaplanmıştır (Süleymanlar ve ark., 2017). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun (THSK) (2014) verilerine göre böbrek yetmezliği toplumumuzda yaklaşık 2,4 milyon kişiyi etkileyen ve ölüme neden olan ilerleyici bir kronik hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastaların tedavisinde kullanılan en yaygın yöntem diyaliz tedavisidir (THSK, 2014).

CREDİT çalışmasında, kadınlarda KBY prevalansının erkeklerden daha yüksek olduğu, yaş arttıkça KBY sıklığının da arttığı gösterilmiştir. KBY görülme sıklığının 40 yaşın altında %10'dan az, 80 yaş üzerinde ise %50'nin üzerinde olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, KBY prevalansının ülkemizdeki coğrafik bölgelere göre farklılık gösterdiği; en fazla görüldüğü bölgelerin Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri, en az görüldüğü bölgelerin ise Akdeniz ve İç Anadolu bölgeleri olduğu tespit edilmiştir (Süleymanlar ve ark., 2011).

Dünyanın farklı bölgelerinde yapılmış olan çalışmalarda, KBY farkındalığı %10'un altında bulunmuştur (Plantinga ve ark., 2008). CREDİT çalışmasında, Türkiye'de KBY farkındalığının %2'nin altında olduğu bulunmuştur (Süleymanlar ve ark., 2011; THSK, 2014).

2.1.3. Patofizyoloji

KBY'nin patofizyolojisi, altta yatan primer etiyolojik nedene göre değişiklik göstermektedir. Böbrekte aktif olarak çalışan kitlenin azalmasına ve geride kalan dokuda vazoaktif moleküllerin, büyüme faktörlerinin, sitokinlerin artmasına bağlı olarak kompensatuvar hipertrofi ortaya çıkmaktadır. Bu durum, altta yatan sebebe bağlı olmaksızın glomerüllerde skleroz gelişimine neden olmaktadır (Kasper ve ark., 2018).

Renin-anjiotensin-aldesteron sisteminin (RAAS) aktivasyonu ve transforme edici büyüme faktörü- β (TGF- β) vb. büyüme faktörlerinin aktifleşmesine bağlı olarak gelişen adaptif hiperfiltrasyon ve hipertrofi sonucu glomerüllerde skleroz gelişmektedir. KBY gelişme riski, kodlanan gen komponentlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Kasper ve ark., 2018).

2.1.4. Etiyoloji

Kronik böbrek hastalığının etiyolojisinde çok sayıda faktör yer almaktadır (Süleymanlar ve ark., 2017). Ancak, bu faktörlerin görülme sıklığı ülkeden ülkeye,

ırka ve hatta cinsiyete bağılı olarak değişmektedir. Hipertansiyon ve/veya diyabet varlığı, idrarda protein atılımının artışı, hiperlipidemi, yüksek proteinli ve fosfor içerikli gıdaların alınması, glomerülonefrit veya tubulointertisyel nefritin olması KBY'nin progresyonuna yol açan faktörler arasında yer almaktadır (Süleymanlar ve ark., 2017; Akpolat ve ark., 2007). KBY'nin en sık görülen nedenleri, sırası ile diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik glomerülonefrittir (Süleymanlar ve ark., 2017; Süleymanlar, 2009). Geçmişte KBY'nin en sık görülen sebebi glomerülonefritken, glomerülonefritlerden korunma ve glomerülonefritin etkin bir şekilde tedavi edilmesi sonucu, günümüzde glomerülonefritler KBY nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Süleymanlar ve ark., 2017).

SDBY'nin nedenleri arasında diyabet birinci sırada yer almaktadır. Diyabetli hastalarda, diyabetik nefropati prevalansı %4-8 arasında değişmektedir. Diyabetik nefropati; diyabetli hastada, başka bir böbrek hastalığı bulunmamasına rağmen devamlı şekilde idrar albümin testinin pozitif olması veya günde 300 mg'dan fazla albümin sekresyonunun olmasıyla beraber proteinüri ve hipertansiyon varlığının ilerleyici böbrek hastalığına neden olduğu durumdur (Atasoy ve ark., 2015). Klinik açıdan ilk bulgu mikroalbüminüridir. Diyabetin erken evrelerinde, yapısal değişiklikler başlamadan önce böbrek plazma akım hızı, intraglomerüler hidrostatik basınç ve glomerüler basınç hızı artmaktadır (Kasper ve ark., 2018). Hiperglisemi, diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarının en önemli nedenidir (Atasoy ve ark., 2015). Hiperglisemi, hemodinamik, genetik ve diğer risk faktörleriyle beraber veya bağımsız bir şekilde doku hasarına ve buna bağılı olarak diyabetik nefropatiye neden olmaktadır (Atasoy ve ark., 2015).

Hipertansiyon, SDBY'nin en sık görülen ikinci nedenidir. Kan basıncı ve böbrek fonksiyonlarının birbirleriyle yakın ilişkili olması bunun nedeni olarak gösterilmektedir (Oymak, 2007, Süleymanlar ve ark., 2019). Yüksek olan kan basıncı, böbrek kan damarlarının ve glomerüllerin hasarlarını arttırarak son dönem böbrek yetmezliği gelişimine yol açmaktadır. Hipertansif renal hasarın

patofizyolojisinde; arteriyel hipertansiyona sekonder gelişmekte olan renal yetmezliğin patolojisini aydınlatan iki farklı anlayış vardır. Geleneksel olan görüşte;

Hipertansiyon, SDBY'nin gelişimine üç şekilde yol açmaktadır (Günel ve ark., 2010; Sezer ve ark., 2003). Birincisi; hipertansiyon nedeniyle preglomerüler arteriyol ve arterlerde daralma/skleroz gelişimi sonucunda glomerüler kan akımında azalma olmakta ve bu durum glomerüler iskemiye bağlı böbrek yetmezliği ortaya çıkmaktadır. İkincisi; sistemik basıncın artmasıyla glomerüllerde doğrudan hipertansif renal hasar gelişmektedir. Bunun sonucunda, ortaya çıkan glomerüler hiperperfüzyon ve glomerüler hasara bağlı ilerleyici renal fonksiyon kayıpları başlamaktadır (Sezer ve ark., 2003, Günel ve ark., 2010). Üçüncüsü; renin-angiotensin sistemi ve sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile vazokonstrüktör maddelerin etkisiyle oluşan vazokonstriksiyon sonucunda sistemik vasküler dirençte artış olmaktadır (Günel ve ark., 2010).

2.1.5. Tanı

KBY'de, glomerüler filtrasyon hızının azalması, idrarda protein miktarının kantitatif olarak artması veya renal parankim sebepli anormal idrar sedimentinin olması tanı koydurucu göstergelerdir (Akpolat ve Utaş, 2008; Süzen, 2018). Tanılamada laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerinden de yararlanılmaktadır. Hiperfosfatemi, hipokalsemi, paratiroid hormonda (PTH) artış ve kemik alkalin fosfataz (ALP) düzeylerinde yükselme metabolik kemik hastalığının ve kronik böbrek yetmezliğinin varlığını işaret etmektedir (Kasper ve ark., 2018). KBY'de normokrom normositer anemi ve ultrasonografik görüntülemelerde bilateral böbrek boyutlarının azalması da görülebilmektedir (Kasper ve ark., 2018).

2.1.6. Tedavi

KBY tedavisi, KBY'nin fonksiyonel evrelendirmesine göre yapılmaktadır (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Topbaş, 2015).

Evre 1. KBY'nin tanıldığı ve en uygun tedavi seçeneğinin sunulduğu ilk evredir. GFH'de hızlı bir azalma görülebilmektedir. Bu evrede, kan basıncının ve kan şekerinin izlenmesi ve optimal seviyede sürdürülmesi, düzenli kilo takibinin yapılması, yılda bir kez GFH ölçtürülmesi, hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önerilmektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Topbaş, 2015).

Evre 2. Bu evrede, kan basıncının ve kan şekerinin izlenmesi ve optimal seviyede sürdürülmesi, kolesterol düzeylerinin izlenmesi, düzenli kilo takibinin yapılması, yılda bir kez GFH ölçtürülmesi, özbakım ve yaşam şekli değişiklikleri konusunda hastalara destek olunması, hastalara ilaç tedavisine uyum konusunda bilgi verilmesi önerilmektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Topbaş, 2015).

Evre 3. Bu evrede, kan basıncının izlenmesi ve optimal seviyede sürdürülmesi, 6 ay aralıklarla GFH, hemoglobin, kalsiyum, fosfor ve potasyum kontrol edilmesi, kullanmış olduğu tüm ilaçların incelenmesi ve doz ayarlamasının yapılması, nefrotoksik ilaçlara yönelik hastaların bilgilendirilmesi ve uyarılması, malnütrisyonu engelleyecek diyetlerin önerilmesi, hastalara psikolojik destek alması konusunda bilgi verilmesi ve desteklenmesi, hastalara RRT seçenekleriyle ilgili bilgi verilmesi, düzenli ödem ve kilo takibi yapılması, GFH'de ani azalma olursa ve kan basıncı kontrol altında tutulamıyorsa nefroloji servisine yönlendirilmesi önerilmektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Topbaş, 2015).

Evre 4. Bu evrede, 3 ay aralıklarla GFH ölçümleri yapılması, bikarbonat ve parathormon düzeylerine bakılması, hastaların RRT'ye hazırlanması, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanından destek alınmasının sağlanması önerilmektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Topbaş, 2015).

Evre 5. Evre 4'tekilerle aynı şekilde yapılanlara ek olarak, renal replasman tedavisine başlanması, malnütrisyonun engellenmesi önerilmektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Topbaş, 2015).

Kronik Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavileri

Renal replasman tedavi seçenekleri arasında hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve böbrek nakli yer almaktadır. SDBY olan hastalar üç RRT'den de zaman içinde faydalanmak zorunda kalabilmektedirler. Türkiye'de 2017 TND verilerine göre, yaklaşık 58.635 kişi hemodiyaliz tedavisi, 3.346 kişi periton diyalizi tedavisi görmektedir ve 15.330 kişiye böbrek nakli yapılmıştır. Ülkemizde, tek tedavi seçeneğinin RRT olduğu SDBY hastalarının insidansı milyonda 146 olarak hesaplanmıştır (Süleymanlar ve ark., 2017).

Hemodiyaliz, akut ve kronik böbrek yetmezliğinde metabolizma sonucu oluşan maddelerin yarı geçirgen bir membran aracılığı ile diyaliz makinesi, geçici/kalıcı damar giriş yolu ve diyalizat kullanılarak vücuttan uzaklaştırılması amacıyla, genelde haftada 3 kez uygulanan bir işlemdir (Akpolat ve Utaş, 2019). Hemodiyaliz işleminin başarılı ve etkin bir şekilde yapılabilmesi için gerekli olan yeterli düzeyde kan akımının sağlanması amacıyla hastaya geçici veya kalıcı damar giriş yollarının açılması gerekmektedir (Akpolat ve Utaş, 2019).

Periton diyalizi, akut ve kronik böbrek yetmezliğinde metabolizma sonucu oluşan maddelerin periton aracılığı ile abdominal bölgeye yerleştirilen bir kateter ve diyalizat kullanılarak vücuttan uzaklaştırılması işlemidir (Bakoğlu ve ark., 2009; Gözmen ve ark., 2017). Kanda birikmiş olan toksik maddeler yarı geçirgen zar görevini üstlenen periton aracılığı ile diyalizata geçmekte ve daha sonra vücut dışına drene edilmektedir (Bakoğlu ve ark., 2009; Gözmen ve ark., 2017). Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD), hastanın kendisi tarafından ev ortamında da yapılabilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2008). Periton diyalizi, hemodiyalize göre, daha az diyet ve sıvı kısıtlamasının gerekmesi, hipertansiyonun kontrolünün daha etkili olması, Hepatit C bulaşma riskinin çok az olması gibi avantajlara sahiptir (Tanrıverdi, 2010; Sevinç ve ark., 2019). SAPD'nin en ciddi komplikasyonu, tünel enfeksiyondur ve bu durum hastaneye yatış endikasyonlarının en önemli nedenidir (Aylaz, 2007).

Böbrek nakli, SDBY tedavisinde kullanılan RRT'den biridir (Chandraker ve Yeung, 2014). SDBY'de olan kişilere, doku uyumu olduğu tespit edilen sağlıklı bir birey ya da kadavradan alınan böbreğin nakledilmesi işlemidir (Akpolat ve ark., 2007; Pisoni ve ark., 2006). Böbrek nakli, diğer tedavi seçeneklerine göre, daha ucuzdur (Türkmen ve ark., 2013). Başarılı bir böbrek nakli yaşam kalitesini arttırmakta, morbidite ve mortalite riskini azaltmaktadır (Türkmen ve ark., 2013; Dolgun ve Dönmez, 2010). Böbrek naklinden sonra, ameliyata sekonder oluşabilen kan kayıpları, akciğer enfeksiyonları, solunum sorunları, damarların tromboze olması, renal arter stenozu, üreter darlığı ve idrar kaçağı, lenfösel, gecikmiş greft sendromu, ateş, rejeksiyon, enfeksiyon, serebrovasküler olay ya da yara yeri enfeksiyonu gibi durumlar gelişebilmektedir (Chandraker ve Yeung, 2019).

2.2. Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

2.2.1. Tanımı

WHO, sağlıklı bir cinselliği 'somatik, emosyonel, entellektüel ve sosyal açıdan bireyi olumlu şekilde bütünleştirebilen, zenginleştirebilen ve kişilikleri, iletişimleri, sevgileri geliştirebilen bütünlüğün varlığı' şeklinde tanımlamıştır (Şahin ve Ertekin, 2009; Karakoyunlu ve Öncel, 2009; Yücesan ve Alkaya, 2017).

Cinsellik, kişinin yaşamının ayrılmayan bir parçası olup, temel yaşam gereksinimlerinden biridir (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinsel sağlık; cinsel yönden fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik durumudur ve sağlığın ayrılmaz bir parçası olup kadın-erkek, genç-yaşlı tüm bireylere sağlanan temel hak şeklinde ifade edilebilmektedir (Karakoyunlu ve Öncel, 2009; Yücesan ve Alkaya, 2017). Kişinin genetik yapısı, psiko-seksüel gelişimi, geçmişte olan cinsel tecrübeleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete ait rol ve beklentileri, cinsel inançları, geçirilmiş olan fiziksel ya da psikolojik/psikiyatrik hastalık ve ameliyatlar, yaş ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler, cinsel davranışı ve cinsel sağlığı

etkileyebilmektedir (Şahin ve Ertekin, 2009; Boztosun ve ark., 2007; Vicdan ve Canlı, 2011).

Cinsel disfonksiyon, hem kadın hem de erkeklerde fizyolojik ve psikolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan, cinsel istekte ve cinsel yanıt döngüsünde bozulmalarla ilişkili bir durumdur (Gölbaşı ve ark., 2014).

Cinsel disfonksiyon, kronik hastalıklara (obezite, HT, diyabet, menopoz vb.), ilaçlara (diüretikler, betablokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri (ACEI), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) selektif serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI), vb.), psikolojik sorunlara (depresyon, anksiyete, vb), sosyodemografik özelliklere (yaş, eğitim durumu vb.) bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Boztosun ve ark., 2007; Vicdan ve Canlı, 2011; Bardage ve Isacson, 2001; Nehra ve ark., 2012; Latif ve ark., 2014; Özcan ve Kızılkaya Beji, 2014).

İnfertilite, üreme çağında olan çiftlerin fiziksel, mental ve cinsel sağlığını negatif yönde etkilemektedir (Domar ve ark., 1993; Koçak ve Duman, 2016). İnfertilite cinsel istek, doyum ve ilişki sıklığında azalmaya neden olarak evlilik hayatında stres yaratmaktadır (Read, 2004; Koçak ve Duman, 2016). Ayrıca, infertil kadınlar erkeklerden daha çok duygusal sorunlar yaşamaktadır (Adashi ve ark., 2000; Koçak ve Duman, 2016).

Cinsel yaşamda, eşlerden biri diğerinin önem verdiği cinsel bir eyleme katılmaya isteksiz olduğunda bu durum; öfke ve çatışmalarla birlikte çiftlerin birbirinden uzaklaşmalarına, kendi cinsel dünyalarına dönmelerine, boşanmalar sonucunda ailelerin dağılmasına ve toplumsal problemlere de yol açmaktadır (Jackson ve ark., 2006; Koçak ve Duman, 2016).

CD'nin saptanması ve tedavi edilmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından son derece önemlidir (Boztosun ve ark., 2007; Vicdan ve Canlı, 2011).

2.2.2. Sınıflaması

Cinsel fonksiyon bozuklukları (CFB) sınıflandırmasında, cinsel yanıt döngüsü modeli temel alınmıştır (Atbaşoğlu ve Gülöksüz, 2013).

Günümüzde, cinsel sorunların tanı ve tedavisindeki gelişmeler, cinsel tanı-tedavilerde çeşitli disiplinlerin işbirliği yapmasını ve ortak bir tanım ve sınıflandırma sistemi kullanımını zorunlu hale getirmiştir (Atbaşoğlu ve Gülöksüz, 2013).

Bu amaçla, ülkemizde 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ile ICD-10'u (International Classification of Diseases-10) esas alan DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yayımlanmıştır (Atbaşoğlu ve Gülöksüz, 2013).

DSM-V TR'de yer alan kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması;

1. Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu,
2. Kadın orgazm bozukluğu,
3. Genital pelvik ağrı/penetresyon bozukluğu,
4. Diğer cinsel fonksiyon bozuklukları,
5. Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları,
6. Diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu (Akarsu ve Beji, 2016).

2.2.3. Tanı

CD'nin tanılması, öykü alma, sorgulama formlarının uygulanması, fizik muayenenin ve laboratuvar testlerinin yapılması olmak üzere 5 bileşenden oluşmaktadır (Davis ve ark., 2009; Uslu ve ark., 2016).

Öykü Alma

Cinsel fonksiyonun tanılanmasındaki en önemli nokta, hastanın tıbbi durumuna ve cinsel yaşamına ilişkin bilgileri içeren, ayrıntılı ve sistematik bir öykünün alınmasıdır (Fışkın ve Beji, 2014). Cinsel öyküde, kişinin cinsel işlevlerinin mevcut halini, bu işlevlerde zaman içerisinde olan değişiklikleri, eşlerin ikisinin de doyum seviyesini, cinsel yaşam ile ilgili sorunlarını, cinsel tedavi geçmişini, bireyin daha önce olan cinsel tecrübelerini, geçirmiş olduğu ameliyatlarını, mevcut hastalıklarını, kullanmakta olduğu ilaçlarını, disfonksiyona sebebiyet verecek risk faktörlerini, toplumsal değer yargılarını, cinsiyete ait rol ve beklentilerini, cinsel inanışlarını içeren ayrıntılı bir anamnez alınmaktadır (Yılmaz, 2007; Aksoy ve Yılmaz, 2019).

CD varlığı saptanan bireylerde, cinsel fonksiyonun hangi aşamasının etkilendiği, sorunun oluşmasına neden olan faktörlerin neler olduğu, cinsel işlev bozukluğunun organik mi, psikolojik kökenli mi yoksa ikisinin de karışımı bir etiyolojiye mi sahip olduğunu belirlemek için daha ayrıntılı anamnez alınmaktadır (Huang ve Jiann, 2017).

Sorgulama Formlarının Uygulanması

Cinsel sorgulama formları kadın ve erkek cinsel disfonksiyonlarının varlığının ve derecesinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Literatür incelendiğinde en sık kullanılan cinsel işlev değerlendirme soru formlarından bazıları Tablo 3'de gösterilmiştir. Farklı özellik ve içeriğe sahip olan bu formların kullanımı, hastaların cinsiyeti ve mevcut sağlık durumu göz önünde bulundurularak

belirlenmektedir. Bu formlar aynı zamanda CD tedavisinin etkinliğini değerlendirmekte de kullanılmaktadır (Acıbadem Hemşirelik, 2015; Fıfşkın ve Beji, 2014).

Tablo 3. En sık kullanılan cinsel işlev değerlendirme soru formları.

Sorgulama formunun orijinal ismi	Sorgulama formunun Türkçe ismi
Brief Index of Sexual Functionfor Women (BISF-W)	Kısaltılmış Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Formu
Female Sexual Function İndex (FSFI)	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
Index of Female Sexual Function (IFSF)	Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi
The Derogatis İnterview for Sexual Functioning (DISF)	Derogatis Cinsel Fonksiyon Kişisel Görüşme Formu
The Change in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)	Cinsel Fonksiyonda Değişim Anketi
TheGolombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)	Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği
Sexual Function Questionnaire (SFQ)	Seksüel Fonksiyon Anketi
International Index of Erectil Function (IIEF-5)	Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi
The Florida Sexual History Qestionnaire	Florida Cinsel Öykü Ölçeği

Fizik Muayene

Fizik muayene, tüm diğer hastalıkların tanısında olduğu gibi cinsel fonksiyon bozukluğunun tanılmasında da kullanılan en önemli bileşenlerden biridir (Huang ve Jiann, 2017; Whelton ve ark., 2018). Fizik muayene, nörolojik ve vasküler sistem muayenesi dışında iç ve dış genital organların inspeksiyon ve palpasyonunu da içermektedir (Whelton ve ark., 2018).

Kadına yönelik yapılan fizik muayene: Tansiyon ölçümü, periferal nabızların kontrolü, boy ve kilo ölçümünün yanı sıra vajinal ve pelvik muayeneden oluşmaktadır. Vajinal muayenede labiumlar, cilt turgoru, kalınlığı, klitoris, vajinal giriş gözlenmekte, vajinal akıntı olup olmadığına bakılmakta, vajinal tuş ile üretra,

rektum, uterus, adneksler ve pelvik taban kas tonusu ile prolapsusu değerlendirilmektedir (Whelton ve ark., 2018).

Erkeğe yönelik yapılan fizik muayene: Tansiyon ölçümü, periferik nabızların kontrolü, boy ve kilo ölçümünün yanı sıra testislerin boyutları ve kıvamı, penis peyronie plağı varlığı değerlendirilmektedir. Üretrit veya prostatit kuşkusu olan bireylere rektal tuşe yapılmaktadır (Whelton ve ark., 2018).

Laboratuvar Testleri

Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde; plazma östrodiol, total testesteron, serbest testesteron, seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG), tiroid fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, tam kan sayımı, prolaktin, lipid profili, dehidroepiandrosteron (DHEA), folikül stimüle edici hormon (FSH), hemoglobin A1C (HBA1C), açlık kan şekeri testi gibi testlerin dışında serotonin, dopamin, epinefrin, norepinefrin, histamin, opioidler, gama amino bütirik asit (GABA) vb. nörotransmitterler, nöropeptitleri içeren laboratuvar testleri yapılmaktadır (Fışkın ve Beji, 2014).

CD'nin altında yatan patofizyolojik mekanizmanın (vasküler, hormonal ve nörolojik) daha net anlaşılabilmesi amacıyla genital kan akımının ölçülmesi, vajinal pH ölçülmesi, vajinal kompliyans ölçümü, genital duyarlılık testi (biothesiometri testi), vajinal ısı ölçülmesi, fonksiyonel MRI ve PET (positron emission tomography), nokturnal penil tümesans ve sertlik testi (NPT) ve intrakavernozal enjeksiyon testi gibi bazı özel testler de yapılmaktadır (Fışkın ve Beji, 2014).

2.2.4. Tedavi

CD'nin tedavisinde, en önemli nokta, altta yatan nedenin belirlenmesidir (Montejo ve ark., 2001; Bilgin ve Kömürcü, 2016). Tedavi altta yatan nedene yönelik yapılmaktadır (Dahlöf ve ark., 2005; Frühauf ve ark., 2013; Bilgin ve Kömürcü, 2016). CD, hastalık, cerrahi bir girişim, kullanılan ilaç gibi organik bir

nedene veya ruhsal bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Montejo ve ark., 2001; Bilgin ve Kömürcü, 2016). Bununla birlikte, organik nedenle ortaya çıkan CD'nin psikolojik bir bileşeni de bulunabilmektedir (Frühauf ve ark., 2013; Sarwer ve ark., 2012).

Cinsel fonksiyon bozukluklarının tedavisi, etiyojiye bağlı olarak değişmekte ve buna bağlı olarak tedavide, hormon tedavisi, vazoaktif ajan kullanılması, psikolojik tedavi, mekanik cihaz kullanılması, fiziksel terapi vb. farklı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (İncesu, 2004; Meston ve ark., 2004; Bilgin ve Kömürcü, 2016).

Ani ve hızlı gelişen orgazm bozukluklarında, genellikle biyolojik; uzun süreli ya da yaşam boyu devam eden orgazmik bozukluklarda ise, genellikle psikoseksüel nedenler ön plandadır. İlk olarak hasta değerlendirilip biyolojik nedenler ekarte edilmeli, daha sonra psikolojik terapi programına başlanmalıdır. Psikojenik kaynaklı orgazm bozukluklarının tedavisinde, cinsellik ile ilgili tutum ve düşüncelerde değişiklikler, yönlendirilmiş mastürbasyon, duyulara odaklanma ve sistemik olarak hassasiyeti azaltma gibi anksiyeteyi azaltıcı bilişsel tedavi türlerini kullanma, cinsellik eğitimi, iletişim yeteneği eğitimleri ve Kegel egzersizleri kullanılmaktadır (Meston ve ark., 2004; Bilgin ve Kömürcü, 2016).

Fizyolojik kaynaklı orgazm bozukluklarının tedavisinde, hormon replasman tedavisi, vakum tedavisi, vb. tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Gereklioğlu ve ark., 2010; Özbek, 2005; Basson, 1999). Bununla birlikte, cinsel istek bozukluğunda, hormon replasman tedavisi, psikoterapi gibi tedaviler kullanılmaktadır (Gereklioğlu ve ark., 2010; Akbulut ve ark., 2015). Hastada hipogonadizm var ise, testosteron tedavisi uygulanmaktadır (Kartalçı, 2010). Eretil disfonksiyon tedavisinde, oral ajanlar (fosfodiesteraz inhibitörleri sildenafil, vardenafil, tadalafil), vakum etkili araçlar, intrakavernöz enjeksiyonlar, penil protezler kullanılabilir (İncesu, 2004). Eretil disfonksiyon, antihipertansif ilaçlara bağlı geliştirse, ilaç dozlarının azaltılması ya da ilaçların farklı ilaçlar ile değiştirilmesi gerekmektedir (Grimm ve

ark., 1997; Tuncel ve ark., 2013). Bununla birlikte, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri (kilo kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması, egzersiz) de erektil disfonksiyon tedavisinde etkili olmaktadır (Jackson ve ark., 2006). Erektile disfonksiyon tedavisinde bitkisel ilaçlar (Asya ginseng, damiana, ginkgo biloba, muira puama, yohimbin) da kullanılmasına rağmen, etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmamaktadır (Gerekliöğlu ve ark., 2010).

Prematür ejakülasyon, genellikle erotik uyarıya karşı olan hassasiyetin artmasına, öğrenilmiş davranışlara, partnerinde anorgazmi ya da cinsel ağrı sendromlarının varlığına bağlı olarak ortaya çıkmakla birlikte, spinal refleks üstündeki istemli kortikal denetimin ortadan kalkması gibi organik nedenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir (Güneş ve ark., 2016; İncesu, 2004). Prematür ejakülasyon tedavisinde, davranış terapisi, ilişki danışmanlığı, farmakoterapi (selektif serotonin geri alım inhibitörleri: SSRI ilaçlar, paroksetin, fluoksetin, sertralin, topikal anestetikler, lidokain, fosfodiesteraz inhibitörleri, sildenafil) ya da bu tedavilerin kombinasyonları kullanılmaktadır (Atan ve Aslan, 2010).

Gecikmiş ejakülasyon-anorgazminin tedavisinde ise, hasta eğitimi, alfa agonist ilaçlar ile farmakoterapi ve mesane boynu rekonstrüksiyonu kullanılmaktadır (Jackson ve ark., 2006; Aykan ve ark., 2017).

2.2.5. Cinsel Disfonksiyonda Hemşirenin Rolü

Cinsel fonksiyon bozukluğu, fizyolojik, biyolojik, psiko-sosyal ve kültürel içerikleri bulunan çok yönlü sağlık problemidir ve değerlendirilmesi için multi-disipliner ekip yaklaşımının olması gerekmektedir. Bu ekibin bir üyesi olan hemşireler de cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemli vazifeler üstlenmektedir. Cinsel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi için detaylı tıbbi öykü alınmalı ve ayrıntılı fizik muayenenin yapılması gerekmektedir (Kütmeç, 2009; Çiçek ve ark., 2019).

Cinsellik bütüncül sağlık bakım kavramının önemli bir parçası olmasına rağmen, hastalar ile en fazla vakit geçirmekte olan ve onları doğru şekilde gözlemlene fırsatları olan hemşirelerin çok azı bu konu ile ilgili değerlendirmeler yapabilmekte ve buna uygun şekilde girişimlerde bulunabilmektedir. Bu durumun nedeni, hemşirelerin cinsellik ile ilişkili danışmanlık yapabilmesi amacıyla yetersiz bilgilerinin olduklarını düşünmeleri, durumdan utanmaları, gerekli önemi vermemeleri, iş yoğunluğu, cinsellik ile ilgili bireysel baskıcı tutumların olması ve cinsellik ile ilgili konuları konuşurken anksiyetelerinin olması vb. etkenler olabilmektedir (Parish ve ark., 2007; Anık ve Ege, 2019).

Hemşirelerde, hastaların cinsel problemlerine çözüm yaratabilmeleri amacıyla bulunması gerekli nitelikler şu şekilde sıralanmıştır:

- Kişiyeye spesifik cinselliği tanımlayabilmelidirler.
- Cinsellik konularında konuşmada rahat olmalıdırlar.
- İyi dinleyici olmalı ve yargılayıcı da bulunmamaları gereklidir.
- Danışmanlık verme yetenekleri iyi olmalıdır.
- Hastalar ile cinsel konular ile ilgili olan konuşmalarda iletişim becerilerini geliştirmeleri gereklidir.
- Cinselliği kabul etmeli ve bununla ilişkili kendilerini rahat hissetmelidirler.
- Cinsellik ve cinsel işlevler ile ilgili bilgilerinin olması gereklidir.
- Cinsellik ile ilgili inançların, değer ve tutumların farkında olmalıdırlar.
- Yaşam döngüsü içerisinde cinsellik kavramının gelişme aşamalarına hakim olmaları gerekmektedir (Karakoyunlu ve Öncel 2009; Kütmeç, 2009; Şimşek ve ark., 2018).

Kişilerin cinsel sorunları ile ilgili hemşirelerin yaklaşımları; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, problemin tespit edilmesi, uygun hemşirelik girişimleriyle sorunun çözümlenmesi ve cinsel sağlığın sürdürülebilmesi safhalarını içermektedir. Bütün aşamalarda olması gerekli hemşirelik girişimindeki amaç, bireylerin cinsel sağlığını güçlendirebilmek, cinsel problemlerini anlatabilmeleri amacıyla

cesaretlendirmek, cinsel sorunların nedenlerini ve niteliklerini belirleyebilmek, belirlenmiş olan sorunların çözümüne yönelik uygun girişimlerde bulunabilmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Kütmeç, 2009; Şimşek ve ark., 2018).

2.3. KBY’de Cinsel Disfonksiyon Bozukluğu

KBY’li hastalarda cinsel disfonksiyon prevalansı %60 ile %87 arasında değişmektedir (Messina ve ark., 2007; Mumtaz ve ark., 2009; Strippoli, 2012; Bahar ve ark., 2007; Esen ve ark., 2015). SDBY hastalarında tanı ve tedavi süresi, kullanılan RRT çeşidi, endokrinolojik problemler, kullanılmakta olan çeşitli ilaçlar, psiko-sosyal etkenler ve depresyon vb. faktörler cinsel fonksiyonu farklı mekanizmalarla ve farklı derecelerde etkileyerek cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (Şahin ve ark., 2009; Şahin ve Ertekin, 2009; Görüş ve Bilgi, 2015). Yapılan çalışmalarda, SDBY’li erkeklerde ED sıklığının %58-%87,5 arasında değiştiği belirlenmiştir (Mehrsai ve ark., 2006; Makarem ve ark., 2011). SDBY olan hastalarda, cinsel disfonksiyon organik ve psikolojik nedenlerle ortaya çıkabilmektedir (Neto ve ark., 2002; Görüş ve Bilgi, 2015).

Organik Nedenler

SDBY hastalarında oluşan üremi tablosu, arteriyel kan akımının azalması, penisin düz kaslarının işlevlerinde bozulma vb. etkilerle kadın ve erkek bireylerin cinsel fonksiyonlarını negatif yönde etkilemektedir (Palmer, 1999; Ateş, 2010; Görüş ve Bilgi, 2015).

Son dönem böbrek yetmezliği erkeklerde, üremiye bağlı olarak total ve serbest testosteron seviyelerinde düşmeye neden olarak, libidonun azalmasına, infertiliteye, ereksiyon ve ejakülasyon sorunlarına neden olmaktadır (Ateş, 2010; Palmer, 1999; Rathi ve Ramachandran, 2012; Görüş ve Bilgi, 2015). Testosteron seviyesindeki azalma, testiküler hasar ve yetersiz spermatogeneze neden olarak infertiliteye yol açmaktadır. Semen analizinde genellikle; azospermi, hipospermi, ejakülat volümünde ve sperm hareketlerinde azalma olduğu görülmektedir (Palmer,

2003). Bu hastalarda, üreminin birçok sistemi etkilemesi ve ek hastalıklarının varlığı çok sayıda ilaç kullanımına neden olmaktadır (Ateş, 2010). SDBY hastalarında, kullanılan antihipertansif vb. ilaçların yan etkileri de erektil disfonksiyona neden olmaktadır (Tuncel ve ark., 2013).

Son dönem böbrek yetmezliği kadınlarda, libidoda ve vajinal lubrikasyonda azalma, orgazm bozukluğu, vajinusmus, disparoni, menstrual siklusa bozulma, ovülasyonda olan azalma, polimenore, menoraji, oligomenore, amenore ve infertilite görülmektedir (Rathi ve Ramachandran, 2012). Bu hastalarda, %50-100 arasında amenore görülmektedir. Erken menapoz, KBY'li kadın hastalarda sık karşılaşılan bir durumdur (Göriş ve Bilgi, 2015). Diyaliz tedavisi gören hastalarda, serum östrodiol düzeylerinin düşük olmasına bağlı, vajinal atrofi, vajinal kuruluk, pubik bölgedeki tüylerde azalma ve kaşıntı görülebilmektedir (Rathi ve Ramachandran, 2012). Son dönem böbrek yetmezliği olan kadın hastalarda, kullanılan antidepresan vb. ilaçlar cinsel fonksiyonları negatif yönde etkilemektedir. Antidepresanlar, kadınlarda cinsel istekte azalma, uyarılmama ya da yetersiz uyarılma, vajinal kayganlığın yetersiz olması, orgazmda gecikme veya orgazm olamama vb. problemlere neden olabilmektedir (Perim, 2007; Göriş ve Bilgi, 2015).

SDBY olan bireylerin çoğunda, bir ya da birden fazla ek kronik hastalık vardır. Sağduyu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, SDBY olan bireylerin %35,3'ünde başka bir kronik hastalık da bulunduğu saptanmıştır (Sağduyu ve ark., 2006; Göriş ve Bilgi, 2015). Bu hastalıklarda kronik hastalık sayısının fazla olması, beta bloker, alfa bloker, sempatolitik, vazodilatör, antidepresan, H₂ reseptör antagonist ve diüretik gibi cinsel işlevleri negatif yönde etkileyen ilaçların kullanımına da neden olmaktadır (Ateş ve Servisi, 2010; Göriş ve Bilgi, 2015).

Psikolojik Faktörler

SDBY hastalarında, depresyon ve anksiyete cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (İncesu, 2004; Göriş ve Bilgi, 2015). Çelik ve Acar tarafından yapılan bir çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin %15,3'ünde şiddetli düzeyde

depresyon varlığı tespit edilmiştir (Çelik ve Acar, 2007). Ünal tarafından yapılan çalışmada, hemodiyalize giren hastaların yüksek düzeyde psikolojik sorun yaşamış olduğu belirlenmiştir (Ünal, 2019). Depresyon, libido ve koitus sıklığında azalmaya neden olarak, cinsel işlev bozuklukları meydana getirebilmektedir (Palmer, 1999; Görüş ve Bilgi, 2015). Bununla birlikte, erkeklerde iş kaybı, aile içi rol değişimi ve idrar yapma işlevinin kaybı cinsel fonksiyon bozukluğunun görülmesine neden olabilmektedir (Akpolat ve Utaş, 2019; Küçük, 2005).

KBY hastalarından cinsel disfonksiyon görülenlerin cinsel disfonksiyon tedavisi için, öncelikle diyaliz seansı sayısının ve etkinliğinin artırılması, cinsel disfonksiyona neden olacak ilaçların kesilmesi ve KBY'ye sekonder gelişen anemisinin düzeltilmesi gerekmektedir (Ateş, 2010; Mehra ve ark., 2009; Şahin ve ark., 2009; Tavallai ve ark., 2009).

2.4. Yaşam Kalitesi

2.4.1. Tanımı

“Yaşam kalitesi” kavramı, sağlık alanında “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi”, psikososyal alanda “iyi olma”, sosyoloji alanında “refah” ve sosyo-ekonomik alanlarda “gelişme” kavramları anlamına gelecek şekilde kullanılmaktadır. Sağlık alanında, yaşam kalitesi kavramı 1970’lerden sonra önemsenmeye başlanmıştır (Perim, 2007; Bakır ve Semiha, 2019).

Yaşam kalitesi kavramı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yaşam kalitesi, kişilerin yaşadığı kültür ve değer sistemlerinde; amaçları, istekleri, standartları ve endişeleriyle ilgili içinde bulunduğu duruma ilişkin algısıdır (Akpolat ve ark., 2007; Durmuş, 2019). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişilerin hastalıklarının ve hastalıklarının tedavisinin kendi yaşamları üzerine olan fiziksel ve psiko-sosyal etkilerine ilişkin algısıdır (Bautovich ve ark., 2014).

2.5. KBY’de Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi

KBY’li hastalarda cinsel disfonksiyon prevalansı %60 ile %87 arasında değişmektedir (Messina ve ark., 2007; Mumtaz ve ark., 2009; Strippoli, 2012; Bahar ve ark., 2007; Esen ve ark., 2015). SDBY hastalarında tanı ve tedavi süresi, kullanılan RRT çeşidi, endokrinolojik problemler, kullanılmakta olan çeşitli ilaçlar, psiko-sosyal etkenler ve depresyon vb. faktörler cinsel fonksiyonu farklı mekanizmalarla ve farklı derecelerde etkileyerek cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (Şahin ve ark., 2009; Şahin ve Ertekin, 2009; Görüş ve Bilgi, 2015).

Cinsel sağlık, yaşam kalitesini etkileyen en önemli parametrelerden birdir (Oliveira ve ark., 2016; Karacaer ve ark., 2019). Cinsel disfonksiyon, yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek toplumsal sorunlara neden olmasının yanında sık görülmesi ve yaşlanma ile birlikte yaygınlaşması nedeni ile de önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir (Giugliano ve ark., 2006; Baskaya ve ark., 2018). Fizyolojik ya da psikolojik farklı faktörlerin etkisiyle cinsel sağlığın bozulması, bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (Adashi ve ark., 2000; Domar ve ark., 1993; Oskay, 2019).

Sağlıklı cinsel yaşam, sağlık ve yaşam kalitesinin en önemli parametrelerindedir. Bu konudaki gereksinimlerin karşılanmaması, kadınların cinsel hayatını, evlilik ilişkilerini, iş verimini ve yaşam kalitelerini bozmaktadır. Bireylerde cinsel fonksiyon bozukluğu varlığı, yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Varghese ve ark., 2012). Lau ve ark. tarafından Çin’de yapılan bir araştırmada, evlenmemiş, cinsel aktif olmayan ya da boşanmış kadınlarda cinsel aktif olan kadınlara göre daha düşük yaşam memnuniyeti ve düşük yaşam kalitesi olduğu bildirilmiştir (Lau ve ark., 2005). Başka bir randomize kontrollü araştırmada, cinsel disfonksiyonu olan bireylerin yaşam kalitesinin kontrol grubuna oranla daha düşük olduğu saptanmıştır (Naeinian ve ark., 2011). Bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde, cinsel fonksiyonun geliştirilmesi ve cinsel fonksiyon bozukluğunun tedavi edilmesi oldukça önemlidir (Varol ve Sivrikaya, 2018; Oskay, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören hastalarda cinsel disfonksiyon ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla analitik nitelikte planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 14.06.2019-14.09.2019 tarihleri arasında, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde bulunan hastalar; örneklemini ise araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 49 birey oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde hemodiyaliz ünitesinde kayıtlı toplam hasta sayısı 68 olarak belirlenmiş olup, bu hastalardan 19 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma dışında bırakılmıştır.

Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Kriterleri

Dahil edilme kriterleri: -Araştırmaya katılmayı kabul etme

-Hastanın hemodiyaliz ünitesinde tedavi görüyor olması.

-Hastanın 65 yaş altında veya 18 yaş ve üzerinde olması.

Dahil edilmeme kriterleri: -Araştırmaya katılmayı kabul etmeme

-Hastanın hemodiyaliz ünitesinde tedavi görmüyor olması.

-Hastanın 65 yaş ve üstünde veya 18 yaş altında olması.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veriler, literatür ışığında hazırlanan sosyodemografik özellikleri, hastaların sağlık durumuna ilişkin özellikleri hakkında soruları içeren genel bilgi formu (EK-1.), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI) (EK-2) Erektile Fonksiyon Uluslararası İndeksi (IIEF) (EK-3) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4.) aracılığı ile toplanmıştır (Ünal, 2018; Ören ve ark., 2016).

Genel Bilgi Formu (EK-1.): Formda, bireye ilişkin sosyodemografik özellikler, hastaların sağlık durumuna ilişkin özellikleri, diyaliz hakkında sorular içeren erkekler ve kadınlar için ayrı ayrı olmak üzere 24'er soru bulunmaktadır. Bu formda yer alan bilgiler, yüz yüze görüşme yöntemi ile hastaların bireysel ifadeleri ile doldurulmuştur.

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (EK-2.): Kadın Cinsel İşlev İndeksi, Rosen ve arkadaşları (2000) tarafından, kadın cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Likert tipi, 19 maddeden oluşan ölçeğin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Ölçek kadınların son bir ay içindeki cinsel fonksiyonlarını 6 alt grup puanı ve FSFI puanı hesaplanarak yansıtmaktadır. Ölçeğin orijinalinde, test-tekrar test güvenilirlik ölçümü $r=0,79$ ile $0,82$ aralığında, Cronbach Alfa değerleri $0,82$ ve daha yüksek değerlerde bulunmuş, yapı geçerliliği ise anlamlı ($p<0,001$) olduğu belirlenmiştir (Rosen ve ark., 2000). Aygin ve Aslan (2005) tarafından, ölçeğin Türkiye'de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise; iç tutarlılık katsayısının $0,70-0,90$, Cronbach Alfa

değerinin 0,98 ve bir ay arayla gerçekleştirilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0,75 olduğu saptanmıştır. Kadın Cinsel İşlev İndeksinin Türk kadınlarının cinsel işlev ölçümünde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir (Aygün ve Aslan, 2005).

Eretil Fonksiyon Uluslararası İndeks (IIEF) (EK-3.): Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilen, orijinal dili İngilizce olan IIEF formu çeşitli dillere çevrilerek geçerlik çalışması yapılmıştır (Rosen ve ark., 1997). Ölçek, Türk Androloji Derneği tarafından Türkçeye çevrilmiş (Yıldız ve Pınar, 2004), Türkiye için geçerlik çalışması sadece IIEF-15 formunun ilk 4 sorusundan alıntı IIEF-5 formu için yapılmıştır (Turunç ve ark., 2006). Cronbach's alfa katsayısı 0,959 olarak hesaplanmıştır. IIEF-15 indeksi cinsel işlev, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, cinsel ilişki memnuniyeti ve genel memnuniyet olmak üzere 5 ana konuyu içermektedir. Eretil işlev 6, orgazm işlevi 2, cinsel istek 2, cinsel ilişki tatmini 3 ve genel tatmin 2 soru ile sorgulanır. Bu form son 4 haftalık süreç içerisine eretil fonksiyonun kalitesini sorgulamaktadır (Yıldız ve Pınar, 2004).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 Health Survey) (EK-4.): SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak için düzenlenmiştir. 36 ifade içeren likert tipi ölçek, 2 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Ölçek ile yaşam kalitesi global olarak değerlendirilebildiği gibi, her bir alan ayrı ayrı da değerlendirilebilir. SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Ölçekteki sağlıkla ilişkili yaşam alanlarının skala puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arası değişen değerler almaktadır. SF-36, Pınar (1995) tarafından diyabet hastaları, kardiyoloji hastaları ve böbrek hastalarını içeren kronik hastalıklarda güvenilirlik ve geçerliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Pınar (1995) çalışmasında; SF36'nın Cronbach Alfa değerini 0,91 olarak saptamıştır.

3.4.2. Uygulama

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde tedavi gören, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar hemodiyaliz seansları sırasında ziyaret edilmiştir. Ziyaret sırasında, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, kendilerine genel bilgi formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Eretil Fonksiyon Uluslararası İndeksi ve SF-36 Health Survey değerlendirme formu doldurulmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi puanı, Eretil Fonksiyon Uluslararası İndeksi puanı.

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik özellikler, sağlık durumuna ilişkin özellikler, diyaliz tedavisine ilişkin sorular, yaşam kalitesi ölçek puanı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 22 paket programı ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Skewness ve Kurtosis Testi aracılığı ile belirlenmiş ve verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, ortalamalar, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, araştırmanın yapılacağı kurumdan ve Uludağ Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK-5, EK-6). Çalışma boyunca, Helsinki Deklarasyonu'na sözlü olarak sadık kalınmış ve araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir hastanede ve küçük bir örnekleme yapılmış olması, araştırma sonuçlarının tüm hemodiyaliz tedavisi alan hastalara genellenmesini sınırlamaktadır



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Olguların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n = 49).

Değişken adı		n	%
Yaş	(Ort± SS)	48,20±13,33	DA=18-65
Cinsiyet	Erkek	29	59,2
	Kadın	20	40,8
Çocuk	Var	38	77,6
	Yok	11	22,4
Öğrenim Durumu	Okur-yazar	4	8,2
	İlkokul	9	18,4
	Ortaokul	5	10,2
	Lise	14	28,6
	Ön lisans	5	10,2
	Lisans	12	24,5
Eşin Öğrenim Durumu	Okur-yazar	4	8,2
	İlkokul	9	18,4
	Ortaokul	10	20,4
	Lise	12	24,5
	Ön lisans	8	16,3
	Lisans	6	12,2
Meslek	Memur	7	14,3
	Emekli	11	22,4
	İşçi	5	10,2
	Serbest Meslek	13	26,5
	Ev Hanımı	13	26,5
Eşin Mesleği	Memur	8	16,3
	Emekli	11	22,4
	İşçi	9	18,4
	Serbest Meslek	9	18,4
	Ev Hanımı	12	24,5
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	32	65,3
	Çalışıyor	17	34,7
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	26,5
	Çalışmıyor	36	73,5
Maaş Dışı Bireysel Gelir	Evet	31	63,3
	Hayır	18	36,7
Gelir Durumu	Gelir giderden az	8	16,3
	Gelir gidere denk	33	67,3
	Gelir giderden fazla	8	16,3

Yaş ortalamaları $48,20 \pm 13,33$ olan olguların %40,8'i kadındır. Olguların %77,6'sı çocuk sahibidir. Olguların %28,6'sı lise mezunudur, %24,5'inin eşi ilkokul mezunudur. Olguların %26,5'i ev hanımı ve %26,5'i serbest meslek sahibidir. Olguların %24,5'inin eşi ev hanımıdır. Olguların %63,3'ü çalışmamaktadır, %26,5'inin eşi çalışmamaktadır. Olguların %63,3'ü maaş dışı bireysel gelire sahiptir. Olguların %67,3'ünün ekonomik durumu, gelir gidere denktir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Olgularda sağlık durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı (n = 49).

Değişken adı		N	%
KBY tanı süresi (yıl)	(Ort \pm SS)	9,28 \pm 6,86	DA=1-33
HD tedavi süresi (yıl)	(Ort \pm SS)	7,02 \pm 5,82	DA=1-30
Hemodiyaliz seansı (kez/hafta)	2 seans	6	12,2
	3 seans	43	87,8
Sistolik kan basıncı	(Ort \pm SS)	135,32 \pm 24,56	DA=70-180
Diastolik kan basıncı	(Ort \pm SS)	82,40 \pm 19,17	DA=45-129
İnterdiyalitik kilo	(Ort \pm SS)	1,78 \pm 0,91	DA=0,20-3,50
BKI	(Ort \pm SS)	25,83 \pm 5,21	DA=17,77-44,86
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	7	14,3
	Brakmış	12	24,5
	Kullanmıyor	30	61,2
Alkol kullanımı	Kullanıyor	5	10,2
	Brakmış	4	8,2
	Kullanmıyor	40	81,6
Düzenli egzersiz	Yapıyor	12	24,5
	Yapmıyor	37	75,5

KBY tanı süresi ortalama $9,28 \pm 6,86$ yıl olan olgular, ortalama $7,02 \pm 5,82$ yıldır hemodiyaliz tedavisi görmektedir. Sistolik kan basıncı ortalaması $135,32 \pm 24,56$, diastolik kan basıncı ortalaması $82,40 \pm 19,17$ 'dir. Olguların interdiyalitik kilo ortalaması $1,78 \pm 0,91$ 'dir. Olguların %14,3'ü sigara, %10,2'si alkol kullanmaktadır ve %24,5'i düzenli olarak egzersiz yapmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Kadın olguların FSFI alt gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı (n = 20).

FSFI Alt Grupları	Median	Ort ± SS	Dağılım Aralığı	Alt-Üst Sınır
Cinsel İstek	6,00	5,37±1,14	2,40-6,00	1,20-6,00
Uyarılma	0,00	0,91±1,54	0,00-4,80	0,00-6,00
Lubrikasyon	0,00	0,97±1,73	0,00-4,20	0,00-6,00
Orgazmik Fonksiyon	0,00	0,88±1,59	0,00-4,40	0,00-6,00
Doyum	4,00	3,62±,835	0,80-4,00	0,80-6,00
Ağrı	0,00	1,10±1,97	0,00-4,80	0,00-6,00
Toplam	10,00	12,86±5,52	6,80-24,40	0,20-36,00
Cinsel Disfonksiyon		Var	20	100,0
		Yok	0	0

Tablo 4.4. Erkek olguların IIEF alt gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı (n = 29).

IIEF Alt Grupları	Median	Ort ± SS	Dağılım Aralığı	Alt-Üst Sınır
Eretil Fonksiyon	9,00	12,44±4,98	7,00-24,00	5,00-30,00
Orgazmik Fonksiyon	2,00	3,44±2,24	2,00-10,00	2,00-10,00
Cinsel İstek	8,00	6,10±2,497	1,00-8,00	0,00-10,00
İlişki Tatmini	3,00	5,55±3,407	3,00-12,00	3,00-15,00
Genel Tatmin	10,00	8,06±2,67	3,00-10,00	2,00-10,00
Toplam	32,00	35,68±7,74	25,00-56,00	12,00-75,00
Eretil Disfonksiyon		Ağır	16	55,2
		Orta	7	24,1
		Hafif	6	20,7
Cinsel Disfonksiyon		Var	29	100,0
		Yok	0	0

Kadın olguların FSFI alt gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3); kadın olguların aldıkları en yüksek puanı cinsel istek alt grubundan, en düşük puanı ise orgazmik fonksiyon alt grubundan aldıkları saptanmıştır. FSFI ortalama puanı 12,86±5,52 olarak saptanmıştır. Kadınların

%100'ünde CD saptanmıştır. Kadın olguların %100'ünde cinsel disfonksiyon varlığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Erkek olguların IIEF alt gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.4); erkek olguların aldıkları en yüksek puanın erektil fonksiyon alt grubundan, en düşük puanın ise orgazmik fonksiyon alt grubundan alındığı saptanmıştır. IIEF ortalama puanı $35,68 \pm 7,74$ olarak saptanmıştır. Erkeklerin %100'ünde CD saptanmıştır.

Tablo 4.5. Olguların yaşam kalitesi puanlarının dağılımı (n = 49).

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Median	Ort \pm SS	Dağılım Aralığı	Alt-Üst Sınır
Fiziksel Fonksiyon	50,00	51,42 \pm 29,91	0,00-100,00	0,00-100,00
Fiziksel Rol Fonksiyon	25,00	29,59 \pm 35,60	0,00-100,00	0,00-100,00
Ağrı	70,00	63,87 \pm 23,96	10,00-90,00	0,00-100,00
Genel Sağlık Algısı	40,00	42,04 \pm 17,10	5,00-85,00	0,00-100,00
Zindelik	35,00	36,22 \pm 18,97	0,00-90,00	0,00-100,00
Sosyal Fonksiyon	50,00	56,63 \pm 17,32	37,50-100,00	0,00-100,00
Mental Rol Fonksiyon	33,33	40,13 \pm 44,08	0,00-100,00	0,00-100,00
Mental Sağlık	56,00	58,69 \pm 16,29	20,00-100,00	0,00-100,00
Fiziksel Boyut	47,50	46,73 \pm 20,34	3,75-88,75	0,00-100,00
Mental Boyut	46,33	47,92 \pm 15,45	23,00-79,88	0,00-100,00
SF36 Toplam	48,12	47,32 \pm 16,60	13,88-78,56	0,00-100,00

Olguların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.5); olguların aldıkları en yüksek puanı ağrı alt grubundan ($63,87 \pm 23,96$), en düşük puanın ise fiziksel rol fonksiyon alt grubundan ($29,59 \pm 35,60$) alındığı saptanmıştır. Yaşam kalitesi fiziksel boyut puanı $46,73 \pm 20,34$, mental boyut puanı $47,92 \pm 15,45$ ve ortalama toplam yaşam kalitesi puanı $47,32 \pm 16,60$ olarak saptanmıştır.

Tablo 4.6. Kadın olguların sosyodemografik özelliklerinin cinsel disfonksiyona etkisi (n= 20).

Değişken adı		İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam
Yaş	Rho p	0,017 p=0,944	-0,024 0,919	-0,100 0,676	-0,068 0,777	-0,034 0,886	-0,093 0,695	-0,168 0,479
Çocuk	Var Yok	156,00 54,00	180,00 30,00	178,00 32,00	178,00 32,00	158,00 52,00	178,00 32,00	176,00 34,00
	Anlamlılık z p	-1,398 0,162	-1,399 0,162	-1,243 0,214	-1,245 0,213	-1,243 0,214	-1,245 0,213	-0,853 0,394
Öğrenim Durumu	Okuma yazma yok	11,38	12,25	10,13	10,50	11,00	10,75	12,75
	Okur-yazar	12,25	7,50	8,00	8,00	13,00	8,00	7,42
	İlkokul	13,50	7,50	8,00	8,00	7,00	8,00	4,75
	Ortaokul	9,10	11,40	12,00	12,40	9,10	12,00	12,10
	Lise	8,75	13,75	13,75	13,00	13,00	12,00	14,25
	Ön lisans	1,00	16,50	18,00	16,00	2,50	19,00	16,00
	Lisans							
Anlamlılık KW p	6,324 0,276	6,323 0,276	6,887 0,229	5,497 0,358	7,378 0,194	6,858 0,231	7,811 0,167	
Eşin Öğrenim Durumu	İlkokul	10,63	11,63	10,88	11,00	10,38	10,25	12,25
	Ortaokul	11,21	9,14	9,21	9,43	11,86	9,57	9,07
	Lise	9,89	11,06	11,33	11,11	9,50	11,33	10,83
Anlamlılık KW p	0,304 0,859	0,901 0,637	0,910 0,635	0,615 0,735	1,085 0,581	0,622 0,733	1,002 0,606	
Meslek	Memur	2,50	18,25	18,75	17,00	7,75	17,50	18,00
	Emekli	9,75	7,50	8,00	8,00	13,00	8,00	5,25
	Serbest	13,50	7,50	8,00	8,00	13,00	8,00	8,50
	Meslek	11,15	10,46	10,19	10,46	9,96	10,38	10,62
	Ev Hanımı							
Anlamlılık KW p	7,022 0,071	7,180 0,066	8,342 0,039*	5,743 0,125	2,478 0,479	6,420 0,093	6,544 0,088	
Eşin mesleği	Emekli	6,75	4,88	4,50	4,88	7,38	5,13	5,00
	İşçi	7,20	6,30	5,70	5,70	6,30	5,50	6,20
	Serbest	1,50	7,50	9,75	9,00	2,50	9,00	7,50
	Meslek							
Anlamlılık KW p	4,995 0,082	1,088 0,580	4,107 0,128	2,598 0,273	3,534 0,171	2,465 0,291	0,829 0,661	

Rho=Spearman korelasyon testi KW= Kruskal Wallis testi U=Mann Whitney U testi *p<0,05

Tablo 4.6. (Devam). Kadın olguların sosyodemografik özelliklerinin cinsel disfonksiyona etkisi (n = 20).

Değişken adı		İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	11,26	9,76	9,68	9,88	10,68	9,82	9,74	
	Çalışıyor	6,17	14,67	15,17	14,00	9,50	14,33	14,83	
	Anlamlılık	z	-1,697	-1,632	-1,950	-1,465	-0,418	-1,604	-1,553
		p	0,090	0,103	0,051	0,143	0,676	0,109	0,120
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	5,57	6,64	6,86	6,64	5,21	6,50	6,57	
	Çalışmıyor	6,75	4,88	4,50	4,88	7,38	5,13	5,00	
	Anlamlılık	z	-0,595	-0,930	-1,243	-0,938	-1,137	-0,729	-0,774
		p	0,552	0,352	0,214	0,348	0,256	0,466	0,439
Maaş dışı bireysel gelir	Evet	9,81	10,19	10,69	10,25	11,69	10,38	10,06	
	Hayır	10,96	10,71	10,38	10,67	9,71	10,58	10,79	
	Anlamlılık	z	0,601	0,812	0,879	0,839	0,335	0,919	0,761
		p	0,162	0,214	0,103	0,439	0,676	0,348	0,256
Gelir Durumu	Gelir giderden az	11,20	9,30	10,30	10,40	10,90	9,80	49,00	
	Gelir gidere denk	10,27	10,90	10,57	10,53	10,37	10,73	161,00	
	Anlamlılık	z	-0,377	-0,646	-0,115	-0,058	-0,230	-0,403	-0,148
		p	0,706	0,518	0,909	0,954	0,818	0,687	0,883

U=Mann-Whitney U testi, * p<0,05

Kadın olgularda, sosyodemografik özelliklerden mesleğin FSFI alt boyutlarından lubrikasyonu etkilediği saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Erkekler olgularda sosyodemografik özelliklerinin cinsel disfonksiyona etkisi (n = 29).

Değişken adı		Eretil Fonk.	Orgazmik Fonk	C. İstek	İlişki Tatmini	Genel Tatmin	İIEF Toplam
Yaş	Rho p	-0,297 0,118	-0,519** 0,004*	0,603** 0,001*	-0,527** 0,003*	0,587 0,001*	-0,121 0,531
Çocuk	Var Yok	14,39 16,93	13,82 18,71	17,20 8,07	13,61 19,36	16,86 9,14	14,82 15,57
	Anlamlılık z p	-0,723 0,470	-1,524 0,127	-2,711 0,007*	-1,784 0,074	-2,342 0,019*	-,214 0,831
Öğrenim Durumu	Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Ön lisans Lisans	9,00 19,67 12,72 12,00 18,05	9,50 19,00 14,50 13,33 16,27	21,50 11,50 15,06 15,50 14,00	9,50 17,83 14,33 14,67 16,36	21,00 10,33 15,61 15,50 14,00	12,00 14,33 13,00 14,50 17,77
	Anlamlılık KW p	5,313 0,257	3,050 0,549	2,909 0,573	2,538 0,638	3,266 0,514	2,272 0,686
Eşin Öğrenim Durumu	Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Ön lisans Lisans	6,50 9,90 6,50 9,75 12,63 15,00	7,50 10,70 7,50 10,38 13,13 10,83	14,00 9,00 14,00 11,50 9,75 8,00	7,50 10,80 7,50 10,25 12,50 11,67	13,50 8,70 13,50 11,25 9,38 10,00	8,50 5,70 8,50 11,13 13,75 16,00
	Anlamlılık KW p	5,371 0,372	2,793 0,732	3,357 0,645	2,472 0,781	2,623 0,758	9,692 0,084
Meslek	Memur Emekli İşçi Serbest Meslek Ev Hanımı	18,20 11,17 19,00 18,75 13,88	19,10 10,78 20,80 18,00 12,81	12,70 19,28 8,70 16,50 15,19	19,00 10,89 21,30 15,75 13,00	11,70 18,83 10,10 14,75 15,88	16,50 11,94 17,50 19,50 14,81
	Anlamlılık KW p	4,592 0,332	8,557 0,073	6,546 0,162	8,428 0,077	5,425 0,246	2,540 0,638

Rho=Spearman korelasyon testi KW= Kruskal Wallis testi U=Mann Whitney U testi *p<0,05

Tablo 4.7. (Devam). Erkek olguların sosyodemografik özelliklerinin cinsel disfonksiyona etkisi (n = 29).

Değişken adı		Eretil Fonksiyon	Orgazmik Fonk.	C. İstek	İlişki. Tatmini	Genel. Tatmin	İIEF Toplam	
Eşin mesleği	Memur	14,33	14,17	7,50	14,67	7,00	14,50	
	Emekli	9,75	7,50	14,00	7,50	13,50	12,00	
	İşçi	12,25	13,75	9,75	13,00	9,75	14,25	
	Serbest Meslek	9,71	9,79	10,50	9,79	10,75	8,79	
	Ev Hanımı	6,50	7,50	14,00	7,50	13,50	8,50	
	Anlamlılık	KW p	2,738 0,603	4,112 0,391	2,555 0,635	4,249 0,373	2,857 0,582	4,363 0,359
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	11,57	11,03	17,63	11,27	17,20	12,77	
	Çalışıyor	17,88	18,50	10,88	18,23	11,38	16,50	
	Anlamlılık	z p	-2,141 0,032*	-2,805 0,005*	-2,402 0,016	-2,610 0,009*	-2,121 0,034*	-1,264 0,206
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	12,33	12,92	9,33	12,92	9,00	13,42	
	Çalışmıyor	9,71	9,46	11,00	9,46	11,14	9,25	
	Anlamlılık	U Z p	31,000 -1,026 0,305	27,500 -1,476 0,140	35,000 -0,678 0,498	27,500 -1,476 0,140	33,000 -0,916 0,360	24,500 -1,631 0,103
Maaş dışı bireysel gelir	Evet	371,00	366,50	332,00	362,50	333,50	360,50	
	Hayır	64,00	68,50	103,00	72,50	101,50	74,50	
	Anlamlılık	z p	z=-1,470 p=0,141	-1,331 0,183	-0,768 0,443	-1,082 0,279	-0,694 0,488	-0,875 0,381
Gelir Durumu	Gelir giderden az	18,50	20,17	13,50	18,83	13,83	21,00	
	Gelir gidere den	14,89	15,11	15,39	15,56	15,11	14,83	
	Gelir giderden fazla	13,94	12,81	14,69	12,31	15,19	13,13	
	Anlamlılık	KW p	0,700 0,705	2,164 0,339	0,170 0,918	1,952 0,377	0,079 0,961	2,074 0,355

Rho=Spearman korelasyon testi KW= Kruskal Wallis testi U=Mann Whitney U testi *p<0,05

Erkek olgularda, sosyodemografik özelliklerden yaşın IIEF alt boyutlarından orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatmin; çocuk sahibi olma cinsel istek ve genel tatmin alt boyutlarını; çalışma durumunun erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatmin alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Kadın olguların sağlık durumunun cinsel disfonksiyona etkisi (n = 20).

Değişken adı			İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam
KBY tanı süresi (yıl)	Rho		0,268	-0,336	-0,246	-0,231	0,028	-0,192	-0,278
	p		0,252	0,148	0,296	0,327	0,907	0,417	0,236
HD tedavi süresi (yıl)	Rho		0,186	-0,232	-0,187	-0,168	-0,067	-0,103	-0,249
	p		0,432	0,325	0,431	0,478	0,779	0,665	0,289
Hemodiyaliz seansı (kez/hafta)	2 seans		8,25	12,88	13,75	13,50	10,38	12,25	13,50
	3 seans		11,06	9,91	9,69	9,75	10,53	10,06	9,75
Anlamlılık	z		-1,048	-1,107	-1,617	-1,494	-0,062	-0,872	-1,280
	p		0,294	0,268	0,106	0,135	0,950	0,383	0,201
Sistolik kan basıncı	Rho		-0,152	-0,009	0,141	0,067	0,045	0,071	-0,035
	p		0,523	0,971	0,554	0,778	0,852	0,765	0,884
Diyastolik kan basıncı	Rho		0,028	-0,251	-0,056	-0,155	0,192	-0,138	-0,222
	p		0,907	0,287	0,816	0,514	0,418	0,562	0,347
İnterdiyalitik kilo	Rho		-0,106	0,009	-0,029	0,000	-0,169	0,051	-0,187
	p		0,657	0,969	0,903	1,000	0,475	0,832	0,429
BKI	Rho		-0,090	-0,076	0,012	-0,014	0,008	-0,069	-0,185
	p		0,706	0,750	0,960	0,954	0,974	0,771	0,435
Sigara Kullanımı	Bırakmış Kullanmıyor		10,33	11,67	11,83	11,33	13,00	10,67	12,33
			10,53	10,29	10,26	10,35	10,06	10,47	10,18
Anlamlılık	z		-0,065	-0,457	-0,557	-0,349	-1,044	-0,070	-0,657
	p		0,948	0,648	0,577	0,727	0,296	0,944	0,511
Alkol kullanımı	Bırakmış Kullanmıyor		13,50	7,50	8,00	8,00	13,00	8,00	8,50
			10,34	10,66	10,63	10,63	10,37	10,63	10,61
Anlamlılık	z		-0,641	-0,642	-0,571	-0,571	-0,570	-0,571	-0,391
	p		0,521	0,521	0,568	0,568	0,569	0,568	0,695
Düzenli egzersiz	Yapıyor Yapmıyor		5,83	14,00	14,17	14,00	6,50	15,33	14,17
			11,32	9,88	9,85	9,88	11,21	9,65	9,85
Anlamlılık	z		-1,827	-1,371	-1,532	-1,465	-1,670	-2,022	-1,314
	p		0,068	0,170	0,125	0,143	0,095	0,043	0,189

Rho=Spearman korelasyon testi U=Mann Whitney U testi * $p<0,05$

Kadın olgularda, sağlık durumuna ilişkin özelliklerin cinsel disfonksiyonu etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Erkek olguların sağlık durumunun cinsel disfonksiyona etkisi (n = 29).

Değişken adı		Eretil Fonk.	Orgazmik Fonk	C. İstek	İlişki Tatmini	Genel Tatmin	İIEF Toplam
KBY tam süresi (yıl)	Rho p	-0,204 0,289	-0,292 0,124	0,217 0,259	-0,285 0,134	0,256 0,180	-0,242 0,205
HD tedavi süresi (yıl)	Rho p	-0,265 0,165	-0,347 0,065	0,390* 0,037*	-0,351 0,062	0,447* 0,015*	-0,054 0,782
Hemodiyaliz seansı (kez/hafta)	2 seans 3 seans	10,50 424,50	19,00 416,00	31,00 404,00	19,00 416,00	31,50 403,50	13,00 422,00
	Anlamlılık	z p	-1,763 0,078	-1,089 0,276	-0,094 0,925	-1,087 0,277	-0,145 0,885
Sistolik kan basıncı	Rho p	0,298 0,117	0,262 0,169	-0,206 0,283	0,258 0,177	-0,242 0,206	0,066 0,735
Diastolik kan basıncı	Rho p	0,275 0,150	0,254 0,184	-0,291 0,125	0,270 0,157	-0,266 0,164	-0,043 0,824
İnterdiyalitik kilo	Rho p	-0,142 0,462	-0,388* 0,037	0,168 0,384	-0,336 0,074	0,254 0,184	-0,221 0,250
BKI	Rho p	0,302 0,112	0,173 0,370	-0,310 0,102	0,116 0,548	-0,315 0,096	-0,067 0,731
Sigara Kullanımı	Kullanıyor Bırakmış Kullanmıyor	17,36 13,67 14,65	18,36 12,94 14,62	12,07 17,44 14,88	18,29 12,61 14,88	12,29 17,67 14,62	19,00 13,78 13,69
	Anlamlılık	KW p	0,859 0,651	2,169 0,338	1,892 0,388	2,310 0,315	2,036 0,361
Alkol kullanımı	Kullanıyor Bırakmış Kullanmıyor	16,80 9,00 15,43	18,20 9,50 15,02	10,70 21,50 15,10	18,20 9,50 15,02	11,30 21,00 15,02	18,60 12,00 14,57
	Anlamlılık	KW p	1,949 0,377	2,590 0,274	3,641 0,162	2,580 0,275	3,058 0,217
Düzenli egzersiz	Yapıyor Yapmıyor	13,67 15,60	13,94 15,48	16,83 14,18	13,72 15,58	15,89 14,60	13,17 15,83
	Anlamlılık	z p	-0,594 0,552	-0,515 0,606	-0,853 0,394	-0,622 0,534	-0,423 0,672

Rho=Spearman korelasyon testi KW= Kruskal Wallis testi U=Mann Whitney U testi *p<0,05

Erkek olgularda, sağlık durumuna ilişkin özelliklerden HD süresinin cinsel istek ve genel tatmin alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Kadın olgularda yaşam kalitesi alt boyutları ile FSFI cinsel disfonksiyon alt boyutları arasındaki ilişkinin dağılımı (n= 20).

		İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam
Fiz. Fonk	Rho	-0,718	0,574	0,697	0,677	-0,479	0,702	0,466
	p	0,000*	0,008*	0,001*	0,001*	0,033*	0,001*	0,038*
Fiz. Rol Fonk.	Rho	-0,162	0,172	0,232	0,183	-0,157	0,254	0,178
	p	0,494	0,468	0,325	0,440	0,508	0,279	0,452
Ağrı	Rho	-0,340	0,390	0,414	0,404	-0,130	0,417	0,420
	p	0,142	0,089	0,070	0,077	0,585	0,067	0,065
Genel Sağlık Algısı	Rho	-0,303	0,313	0,359	0,344	-0,204	0,389	0,302
	p	0,193	0,178	0,120	0,137	0,389	0,090	0,195
Zindelik	Rho	-0,640	0,529	0,670	0,651	-0,420	0,635	0,513
	p	0,002*	0,016*	0,001*	0,002*	0,065	0,003*	0,021*
Sosyal Fonksiyon	Rho	0,304	-0,243	-0,258	-0,281	-0,045	-0,234	-0,186
	p	0,193	0,303	0,272	0,229	0,851	0,321	0,432
Mental Rol	Rho	-0,204	0,341	0,269	0,250	-0,233	0,331	0,312
	p	0,389	0,141	0,252	0,288	0,322	0,155	0,181
Mental Sağlık	Rho	-0,323	0,461	0,337	0,311	-0,076	0,362	0,477
	p	0,165	0,041*	0,146	0,183	0,750	0,116	0,034*
Fiziksel Boyut	Rho	-0,442	0,401	0,485	0,448	-0,273	0,505	0,384
	p	0,051	0,080	0,030*	0,048*	0,244	0,023*	0,094
Mental Boyut	Rho	-0,330	0,440	0,411	0,394	-0,275	0,446	0,460
	p	0,155	0,052	0,072	0,085	0,241	0,049*	0,041*
YK. Toplam	Rho	-0,402	0,438	0,476	0,446	-0,301	0,497	0,436
	p	0,079	0,054	0,034*	0,049*	0,198	0,026*	0,055

Rho = Spearman korelasyon katsayısı *p<0,05

Kadın olgularda, yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ile cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı ve FSFI toplam puanı arasında; zindelik ile cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, ağrı ve FSFI toplam puanı; mental sağlık ile uyarılma ve FSFI toplam puanı; fiziksel boyut ile lubrikasyon, orgazm ve ağrı; mental boyut ile ağrı ve FSFI toplam puanı; YK toplam puanı ile lubrikasyon, orgazm ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Erkek olgularda yaşam kalitesi alt boyutları ile IIEF cinsel disfonksiyon alt boyutları arasındaki ilişkinin dağılımı (n= 29).

		Eretil Fonk.	Orgazmik Fonk.	C. İstek	İlişki Tatmini	Genel.Tatmin	IIEF Toplam
Fiz Fonk.	Rho	0,214	0,283	-0,453	0,282	-0,391	-0,015
	p	0,266	0,137	0,014*	0,138	0,036*	0,940
Fiz Rol Fonk.	Rho	0,075	0,172	-0,383	0,184	-0,336	-0,168
	p	0,700	0,371	0,040*	0,339	0,074	0,383
Ağrı	Rho	0,066	0,036	-0,298	0,066	-0,196	-0,079
	p	0,735	0,853	0,117	0,734	0,309	0,684
Genel Sağlık Algısı	Rho	0,257	0,193	-0,408	0,206	-0,375	-0,060
	p	0,179	0,315	0,028*	0,284	0,045*	0,758
Zindelik	Rho	0,542	0,555	-0,653	0,546	-0,656	0,108
	p	0,002*	0,002*	0,000*	0,002*	0,000*	0,576
Sosyal Fonksiyon	Rho	-0,019	-0,068	0,138	-0,048	0,154	0,120
	p	0,920	0,726	0,475	0,805	0,424	0,535
Mental Rol	Rho	0,194	0,306	-0,344	0,346	-0,321	0,044
	p	0,313	0,106	0,068	0,066	0,090	0,822
Mental Sağlık	Rho	0,173	0,090	-0,107	0,049	-0,105	0,004
	p	0,371	0,643	0,581	0,800	0,589	0,983
Fiziksel Boyut	Rho	0,177	0,249	-0,503	0,266	-0,436	-0,126
	p	0,359	0,194	0,005*	0,164	0,018*	0,515
Mental Boyut	Rho	0,330	0,396*	-0,397	0,407	-0,418	0,069
	p	0,080	0,034*	0,033*	0,028*	0,024*	0,724
YK.Toplam	Rho	0,211	0,277	-0,481	0,293	-0,434	-0,123
	p	0,272	0,145	0,008*	0,122	0,019*	0,525

Rho = Spearman korelasyon katsayısı *p<0,05

Erkek olgularda, yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ile cinsel istek, genel tatmin arasında; fiziksel rol fonksiyon ile cinsel istek; genel sağlık algısı ile cinsel istek ve genel tatmin; zindelik erektil disfonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatmin arasında; fiziksel boyut ile cinsel istek ve genel tatmin arasında; mental boyut ile orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini, genel tatmin, arasında; Yaşam kalitesi ile cinsel istek istek ve genel tatmin arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında cinsel yaşam ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Varol ve Sivrikaya, 2018; Chen ve ark., 2012). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyonun ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular, sosyodemografik özellikler, sağlık durumuna ilişkin özellikler, cinsel disfonksiyona ilişkin özellikler, yaşam kalitesine ilişkin özellikler, cinsel disfonksiyonu etkileyen faktörler, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi olmak üzere 6 ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda, olguların yaş ortalamasının $48,20 \pm 13,33$ olduğu saptanmıştır. Sarı ve Usta (2017)'nin KBY'si olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, bireylerin yaş ortalaması $48,47 \pm 11,25$ olarak bulunmuştur. Karakaya (2006)'nın hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, olguların yaş ortalaması $44,69 \pm 9,46$ olarak saptanmıştır. Baykan (2010)'ın diyaliz tedavisi alan hastalarda üzerinde yaptığı çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaş ortalaması $49,07 \pm 12,02$ olarak tespit edilmiştir. KBH prevalansı, yaş ile birlikte artmaktadır. CREDIT çalışmasında, KBH prevalansının 40 yaş altında %10'dan düşük, 80 yaş üstünde ise %50'nin üzerinde olduğu bulunmuştur (Süleymanlar ve ark., 2017). Çalışma sonuçlarımız, literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların %40,8'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Baykan (2010)'ın diyaliz tedavisi alan hastalarda üzerinde yaptığı çalışmada, olguların %44'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Karakaya (2006)'nın hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise, olguların %43,6'sının kadın olduğu

belirlenmiştir. CREDIT çalışmasında, KBH prevalansının kadın olgularda erkek olgulardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Süleymanlar ve ark., 2017). Çalışma sonuçlarımız, CREDİT çalışmasının sonuçları ile farklılık gösterirken, diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun, CREDIT çalışmasının Türkiye genelinde çok sayıda merkezde ve tüm KBH tanılı hastalar üzerinde, bizim çalışmamızın ise tek merkezde ve sadece hemodiyaliz tedavisi alan bireyler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların %28,6'sının lise mezunu olduğu saptanmıştır. Baykan (2010)'ın çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi alan olguların %28,5'inin lise mezunu olduğu bulunmuştur. TÜİK 2018 verilerine göre, lise mezunu sayısının Türkiye geneli nüfusa oranı %23,59 olarak bulunmuştur. Çalışmamız sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların %26,5'inin ev hanımı ve %26,5'inin serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. Soylu (2018)'nin çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi alan olguların %42,6'sının ev hanımı olduğu bulunmuştur. Uzun ve ark., (2003)'nin çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi alan olguların %46,2'sinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız, olguların çoğunun ev hanımı olması yönünden literatür ile benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte, çalışmamızda serbest meslek sahibi olan bireylerin oranının da mesleği ev hanımı olanlarla aynı olduğu görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarının, hayatta kalabilmek ve KBH'sine bağlı komplikasyonları önlemek için haftada 3 gün rutin olarak hemodiyaliz tedavisi almaları gerekmektedir. Bu durum, hemodiyaliz hastalarının mesai kavramının bulunduğu işlerde çalışmalarını güçleştirmektedir. Buna bağlı olarak, hemodiyaliz hastaları mesai kavramı nedeniyle zorlanmayacakları kendi işlerini kurarak serbest meslek sahibi olmakta ya da kadınsa ev hanımı olmayı tercih ettiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların %63,3'ünün çalışmadığı saptanmıştır. KBH'li hastalarda endokrin, hematopoetik, kardiyovasküler ve metabolik sistemlerin etkilenmesi sonucu, yüksek oranda yorgunluk semptomu görülmektedir. Organ

sistemlerindeki değişikliklerin etkileri ve KBH'li bireyin haftada 3 gün rutin olarak hemodiyaliz tedavisi alması, KBH'li bireylerde psikolojik ve fizyolojik problemlere neden olarak, KBH'li bireyin meslek hayatını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Güner ve ark., 2018; Yurtsever ve Bedük, 2003).

Çalışmamızda, olguların %67,3'ü ekonomik durumunu gelir gidere denk şeklinde tanımlamıştır. Karakaya (2006)'nın çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi alan olguların %72,7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Baykan (2010)'nın hemodiyaliz tedavisi alan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, olguların %54'nün ekonomik durumunun orta düzey olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.2. Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

Çalışmamızda, olguların KBY tanı süresi ortalama $9,28\pm 6,86$ yıl, hemodiyaliz tedavi süresi ortalama $7,02\pm 5,82$ yıl olarak saptanmıştır. Şahin (2018)'in çalışmasında KBY tanı süreleri 0-5 yıl olanların oranı %63,33, 6-10 yıl olanların %23,33, 10 yıl üstü %13,3 olarak bulunmuştur. Çalışmamız, Şahin (2018)'in çalışmasından farklılık göstermektedir. Bu durumun, Şahin (2018)'in çalışmasının örneklemini Nefroloji Polikliniği'ne başvuran ve KBY'nin tüm evrelerindeki KBY tanılı hastalar oluştururken, çalışmamızın sadece KBY'nin 5. evresindeki hastaları kapsamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların sistolik kan basıncı ortalamasının $135,32\pm 24,56$, diastolik kan basıncı ortalamasının $82,40\pm 19,17$ olduğu belirlenmiştir. Günal ve ark., (2010)'ının KBY'li hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, olguların ortalama sistolik kan basıncı değerinin $140,8\pm 27,1$, ortalama diastolik kan basıncı değerinin ise $78,8\pm 13$ olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız, literatür ile benzerlik göstermektedir. KBY'li hastalarda, glomerüler filtrasyon hızındaki azalmaya bağlı olarak ortaya çıkan sıvı volümündeki artış ve tuz yüklenmesi, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi aktivasyonu gibi nedenlere bağlı olarak kan basıncı yükselmektedir (Sağlıker ve ark., 2005).

Çalışmamızda, olguların interdiyalitik kilo ortalaması $1,78\pm 0,91$ olarak saptanmıştır. Günel ve ark., (2010)'nın çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların interdiyalitik kilo ortalaması $1,9\pm 0,6$ olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız Günel ve ark., (2010)'nın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. KBY tanılı hastalarda, glomerüler filtrasyon hızındaki azalmaya bağlı olarak ortaya çıkan sıvı volümü artmakta ve bu durum ekstrasellüler alanda sıvı miktarının artmasına neden olabilmektedir (Şahin ve Yalçın, 2005). KBY'li hastalarda, ekstrasellüler alanda sıvı miktarının artmasına ve tuz alımına sekonder olarak ortaya çıkan osmotik susama hissi sonucu sıvı alımının artmasına bağlı olarak interdiyalitik kilo alımı meydana gelmektedir (Günaydın, 2015). Hastalarda diyaliz seansları arasında kilo alımının azaltılması için tuz ve sıvı alımı kısıtlanmalıdır (Şener, 2013; Lindley, 2009).

Çalışmamızda, olguların %14,3'ünün sigara kullandığı saptanmıştır. Günel ve ark. (2010)'nın KBY'li hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, olguların sigara kullanım oranı %30 olarak saptanmıştır. Günelay ve ark. (2017)'nin diyaliz tedavisi alan hastalarda yaptıkları çalışmada, sigara kullanım oranı %21,6 olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız, literatürle farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmaların örneklem grubunun yaş ortalamalarının, çalışmanın yapıldığı yer ve zamanın farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Son yıllarda, bireylerin kendileri ve aileleri için sağlıklı yaşam biçimi geliştirme konusundaki eğilimleri artmaktadır (Koçoğlu ve Akın, 2009). Bununla birlikte, yapılan yasal düzenlemeler ile sigara kullanımına ilişkin sınırlamaların getirilmesi ve yine yapılan farkındalık çalışmalarının sigara kullanım oranlarının azaltılmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Çelikay 2018).

Çalışmamızda, olguların %24,5'inin düzenli olarak egzersiz yaptığı saptanmıştır. Taş (2016)'ın hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada, olguların %49,4'ünün egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız, Taş'ın çalışmasından düşük bulunmuştur. Bu durumun, çalışmaların örneklem grubunun yaş ortalamalarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Düzenli egzersiz,

miyokardın oksijen gereksinimini azaltarak, yağlanmayı engelleyerek, kan basıncını düşürerek, dislipidemi üzerine olumlu etki yaparak ve stresle baş etmeyi kolaylaştırarak HT ve KBH riskini azaltmaktadır (Kayıhan ve Ersöz, 2009; Teke ve Arslan, 2018).

5.3. Cinsel Disfonksiyona İlişkin Özellikler

Çalışmamızda, kadın olguların aldıkları en yüksek puanı cinsel istek alt grubundan, en düşük puanı ise orgazmik fonksiyon alt grubundan aldıkları saptanmıştır. FSFI toplam puanının ortalama $12,86 \pm 5,52$ olduğu ve kadın olguların tamamında cinsel disfonksiyon varlığı saptanmıştır. Esen ve ark. (2015)'nin KBY'li hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada kadın olguların FSFI alt gruplarından en yüksek puan cinsel istek alt grubundan ($4,5 \pm 1,1$), en düşük puan ise doyum alt grubundan ($2,6 \pm 1,8$), toplam puan ise $20,15 \pm 4,23$ olarak belirlenmiştir. Karakaya (2006)'ın çalışmasında, kadın olguların FSFI alt gruplarından en yüksek puan ağrı alt grubundan, en düşük puan ise cinsel istek alt grubundan aldıkları saptanmıştır. FSFI toplam puanının ortalama $17,14 \pm 8,24$ olarak bulunmuştur (Karakaya, 2006). Nayir (2010)'in Edirne'de il merkezinde yaşayan erişkinler üzerinde yaptığı çalışmasında, kadın olguların FSFI alt boyutlarından aldıkları en yüksek puan ağrı alt grubundan, en düşük puan cinsel istek alt grubundan aldıkları ve FSFI toplam puanının ortalama $27,14$ olduğu belirlenmiştir. Ünal (2018)'in hipertansiyonlu hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, kadın olguların aldıkları en yüksek puanı cinsel istek alt grubundan, en düşük puanı ise ağrı alt grubundan aldığı ve FSFI toplam puanının ortalama $17,92 \pm 8,47$ olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, kadınların %69,4'ünde cinsel disfonksiyon varlığı saptanmıştır (Ünal, 2018). Hekmat ve ark. (2016)'nın İran'da kronik hemodiyaliz tedavisi alan 15-45 yaş arası kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada seksüel disfonksiyon görülme oranı %80 olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız, Hekmat ve ark. ile Karakaya'nın çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterirken, diğer çalışmaların sonuçlarına göre benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, çalışmaların örnekleminin daha büyük olması yanı sıra, Nayir'in çalışmasının sağlıklı popülasyonda yapılmış olmasından, Ünal'ın çalışmasının ise

hipertansif hastalarda yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. KBY'li hastalarda, genellikle böbrek yetmezliğine eşlik eden hipertansiyon, diyabet gibi hastalıkların bulunması, bu hastalarda cinsel disfonksiyonun gelişimini kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, erkek olguların IIEF alt gruplarından aldıkları en yüksek puanın erektil fonksiyon alt grubundan, en düşük puanın ise orgazmik fonksiyon alt grubundan alındığı saptanmıştır. IIEF toplam puanının ortalama $35,68 \pm 7,74$ olduğu ve erkeklerin tamamında cinsel disfonksiyon varlığı saptanmıştır. Makarem ve ark. (2011)'nin İran'da yaptığı çalışmada, HD hastalarında ED prevalansının %86,6 olduğu belirlenmiştir. Malekmakan ve ark. (2011)'nin İranda yapılan çalışmasında, HD hastalarında ED prevalansının %87,7 olduğu saptanmıştır. Mumtaz ve ark. (2009)'nin Pakistan'da yaptıkları çalışmada HD hastalarında ED prevalansının %86 olduğu bildirilmiştir. Gorsane ve ark. (2016)'nin Tunus'ta HD hastalarında yaptıkları çalışmada ED prevalansının %80 olduğu tespit edilmiştir. Savadi ve ark. (2016)'nin İran'da HD hastalarında yaptıkları çalışmasında ED prevalansının %90 olduğu saptanmıştır. Antonucci ve ark. (2015)'nin İtalya'da yaptıkları çalışmada diyaliz hastalarında ED prevalansının %80 olduğu tespit edilmiştir. Karakaya (2006)'ın çalışmasında, erkek olguların IIEF alt gruplarından en yüksek puanı erektil fonksiyon alt grubundan, en düşük puanı ise genel tatmin alt grubundan aldığı saptanmıştır. IIEF toplam puanının ortalama $42,00 \pm 16,57$ olduğu tespit edilmiştir (Karakaya, 2006). Ünal (2018)'in hipertansiyonlu hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, erkek olguların aldıkları en yüksek puanın cinsel istek alt grubundan, en düşük puanın ise ilişki tatmini alt grubundan aldığı saptanmıştır. IIEF toplam puanının ortalama $44,90 \pm 17,29$ olduğu ve erkeklerin %90,6'sında cinsel disfonksiyon varlığı tespit edilmiştir (Ünal, 2018). Çalışma sonuçlarımız, literatürle farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmaların örneklem büyüklüğünün daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, cinsel disfonksiyon görülme oranı %100 olarak belirlenmiştir. Endokrin değişiklikler, çeşitli ilaçlar (örneğin, antihipertansifler), genel tıbbi durum,

aile içi sosyal rollerdeki değişmeler, psikososyal faktörler ve depresyon bireylerde cinsel disfonksiyon gelişimini kolaylaştıran faktörlerdir (Şahin ve Ertekin, 2009). Erkek hemodiyaliz hastalarında, testosteron düzeyinde ve spermatogenezde azalma, kendi potansiyellerini test etmeye dönük mastürbatuar davranışlara ve erektil disfonksiyona sık rastlanmaktadır (Şahin ve Ertekin, 2009). Kadın hemodiyaliz hastalarında ise, orgazmda azalma görülmektedir. Diyaliz hastalarında organik faktörlerin yanı sıra, hastalığın şiddetine ve yeti yitimine bağlı olarak ortaya çıkan depresyon CD'ye neden olan en önemli faktörlerden biridir. Bununla birlikte, erkek hastalarda çalışma gücünde azalma, yetersizlik duygusuna neden olmaktadır (Şahin ve Ertekin, 2009). Erkek hastaların çoğunda, cinsel organlarının idrar boşaltma görevini artık gerçekleştiremiyor olması, bireylerde cinsel işlevlerine ilişkin ciddi endişelere sebep olmaktadır (Şahin ve Ertekin, 2009).

5.4. Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikler

Çalışmamızda, olguların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları en yüksek puanı ağrı alt grubundan ($63,87 \pm 23,96$), en düşük puanın ise fiziksel rol fonksiyon alt grubundan ($29,59 \pm 35,60$) alındığı saptanmıştır. Yaşam kalitesi fiziksel boyut puanı $46,73 \pm 20,34$, mental boyut puanı $47,92 \pm 15,45$ ve toplam yaşam kalitesi puanı ortalama $47,32 \pm 16,60$ olarak saptanmıştır. Karakaya (2006)'nın hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde yaptığı çalışmada, olguların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın sosyal fonksiyon alt grubundan ($65,41 \pm 27,36$), en düşük puanın ise fiziksel rol fonksiyon alt grubundan ($20,68 \pm 27,06$) aldıkları saptanmıştır. Yaşam kalitesi fiziksel boyut puanını $46,33 \pm 17,71$ ve mental boyut puanını $46,86 \pm 18,31$ olarak tespit edilmiştir (Karakaya, 2006). Tannor ve ark. (2017)'nin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde yaptığı çalışmada, hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın mental sağlık alt grubundan ($68,16 \pm 17,9$), en düşük puanın ise fizik rol alt grubundan ($33,8 \pm 38,5$), toplam puanından ise ($53,5 \pm 17,4$) aldıkları saptanmıştır. Özçetin ve ark. (2009)'nın hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde yaptığı çalışmada, olguların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın sosyal fonksiyon alt grubundan ($65,51 \pm 26,48$), en düşük puanın ise fiziksel

rol alt grubundan (30,55±38,13) aldıklarını saptamıştır. Pehlivan ve ark. (2016)'nın çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi olguların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın mental sağlık (65,12 ± 18,60) alt grubundan, en düşük puanın ise fiziksel rol güçlüğü alt grubundan (26,50 ± 34,03) aldıkları saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, yaşam kalitesi ölçeği tüm alt gruplarından ve toplam puanının kontrol grubunda yer alan bireylerde hemodiyaliz tedavisi alan bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Pehlivan ve ark., 2016). Acaray ve Pınar (2004), Levendoğlu ve ark. (2004), Tander ve ark. (2008), Vasilieva (2006) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaptıkları çalışmalarda, olguların yaşam kalitesi puanının düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız, hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin düşük olması ve olguların en düşük puanı fiziksel rol fonksiyon alt boyutundan alması bakımından literatürle benzerlik göstermektedir.

Hemodiyaliz hastalarında, tedavinin bireylerin normal yaşam düzenini bozması, diyaliz tedavisine bağlı ortaya çıkan sorunlar, belirli bir diyete uymak zorunda kalma, hastalığın semptomları ile baş etmeye çalışma, kronik bir hastalık ile yaşama, mesleki hedeflerini gözden geçirmek durumunda kalma ve buna bağlı stres yaşama, anksiyete, depresyon gibi sorunlarla karşı karşıya kalma yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Pehlivan ve ark., 2016; Özçetin ve ark., 2009; Başarır ve Pakyüz, 2015; Baykan, 2010).

5.5. Cinsel Disfonksiyonu Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda, sosyodemografik özelliklerden mesleğin FSFI alt boyutlarından lubrikasyonu etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Olguların çoğunun ev hanımı (%26,5) olması, ev hanımlarının ekonomik özgürlüğünün sınırlı olmasına bağlı sosyal yaşama ilişkin kısıtlılıklar yaşaması, ev işleri ve çocuklarıyla ilgilenme gibi birçok görev ve sorumlulukları üstlenmesi, kadınlarda stres düzeylerinin artmasına neden olmaktadır (Köksal ve Kabasakal, 2012). Bu durum, kadınların psikolojik durumunu olumsuz etkilemekte ve depresyona girmelerine neden

olmaktadır. Buna bağlı olarak, kadınlarda cinsel istek azalmakta ve lubrikasyon azalmaktadır (Terzioğlu ve Alan, 2015).

Çalışmamızda, sosyodemografik özelliklerden yaşın IIEF alt boyutlarından orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatminini etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Erkeklerde, yaş artışı ile birlikte cinsel disfonksiyon görölme sıklığı artmaktadır (Ören ve ark., 2016). Yaşın ilerlemesiyle birlikte testosteron hormonunda azalma görölmemekte ve cinsel disfonksiyon (libidoda azalma, ereksiyonda ve ejakulasyonda bozukluk) gelişebilmektedir (Ören ve ark., 2016). Yaşlanan erkeklerde, ereksiyon süresi uzamakta, cinsel fonksiyonlar yavaşlamakta ve cinsel uyarılma için ihtiyaç duyulan zaman artmaktadır (Wylie ve ark., 2013). Ayrıca, yaşlanma ile birlikte görölen aktivite intoleransı, beden imajında ve cinsel işlevde bozulma sonucunda cinsel yaşamda değişiklikler meydana gelebilmektedir (Yıldırım ve ark., 2012).

Çalışmamızda, sosyodemografik özelliklerden çocuk sahibi olmanın cinsel istek ve genel tatmin alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuk sahibi olma durumu, bireylere büyük bir sorumluluk yüklemekte, buna bağlı olarak bireyler yoğun stres yaşayabilmektedir (Tavlı ve Ünsal, 2016). Diğer taraftan, çocuklarla aynı evde yaşama eşler arasında cinsel yaşamla ilişkili sınırlamalara ve strese neden olabilmektedir (Bozkurt ve ark., 2016). Bu durum, cinsel disfonksiyon ile sonuçlanabilmektedir.

Çalışmamızda, sosyodemografik özelliklerden çalışma durumunun erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatmin alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Bireylerin çalışıyor olmaları, eve gelince yorgun olmalarına sebep olmakta ve bu kişilerde cinsel disfonksiyon göröllebilmektedir (Mroczek ve ark., 2013). Diğer taraftan, bireylerin çalışmıyor olması da, bireylerin benlik saygısında azalmaya, aile ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya, ekonomik ve sosyal kaygılar yaşamalarına, depresyona girmelerine sebep olarak cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir (Kurt, 2006).

Çalışmamızda, sağlık durumuna ilişkin özelliklerin kadınlarda cinsel disfonksiyonu etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$). Düşük testosteron düzeyi, hipofiz bezinin baskılanması, hiperprolaktinemi, hipertiroidizm, çinko eksikliği gibi durumları içeren nöroendokrin ve metabolik değişiklikler ile vasküler hastalıklar hemodiyaliz hastalarında cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (Suzuki ve ark., 2014). Lau ve ark. (2018)'nin çalışmasında sağlık durumu ile ilişkili özelliklerin cinsel disfonksiyonu etkilediği tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız literatürle farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin çalışmalardaki örneklem grubunun, çalışmaların yapıldığı ülkelerin ve bu ülkelerde insanların sağlığı algılayış biçimlerinin farklı olması olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, sağlık durumuna ilişkin özelliklerden HD süresinin erkeklerde IIEF'in cinsel istek ve genel tatmin alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). KBH'li hastalarda, endokrin, hematopoetik, kardiyovasküler ve metabolik sistemlerin etkilenmesi sonucu, yüksek oranda yorgunluk semptomu görülmektedir (Yurtsever ve Bedük, 2003). Hastalığın yanı sıra, hemodiyaliz tedavisine bağlı diyet vb. kısıtlamalar, beden imajındaki değişiklikler, bağımlılığın artması, aile içindeki rollerin değişmesi, ekonomik problemler, sosyal ve psikolojik sorunlar, bireylerin depresyona girmesine neden olmakta ve cinsel işlevlerde bozulmalar meydana gelebilmektedir (Özdemir ve ark., 2010).

5.6. Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda, kadın olgularda, yaşam kalitesi alt boyutlarından zindelik ile uyarılma, lubrikasyon, orgazm, ağrı ve FSFI toplam puanı arasında olumlu yönde orta derecede, fiziksel boyut ile cinsel istek arasında olumsuz yönde orta derecede; mental sağlık ile uyarılma ve FSFI toplam puanı arasında olumlu yönde, düşük derecede; fiziksel boyut ile lubrikasyon ve orgazm arasında olumlu yönde, düşük derecede, fiziksel boyut ile ağrı arasında olumlu yönde, orta derecede; mental boyut ile ağrı ve FSFI toplam puanı arasında olumlu yönde, düşük derecede; YK toplam puanı ile lubrikasyon, orgazm ve ağrı arasında olumlu yönde, düşük derecede ve

anlamli bir iliŒki olduğu saptanmiŒtır ($p<0,05$). YK ve CD arasında iliŒki olduğu ve bu iki parametrenin birbirini etkilediği birĐok alıŒmada ortaya konulmuŒtur. Peng ve arkadaŒları hemodiyaliz tedavisi alan kadınlarda, CD ile yaŒam kalitesinin mental ve fiziksel boyutu arasında anlamli iliŒkiler olduğunu saptamıŒtır (Peng ve ark., 2005). Yıldız ve Pınar (2005)'ın alıŒmasında, CD olan bireylerde olmayanlara göre sosyal fonksiyon dıŒında bütün yaŒam kalitesi alt boyut puanlarının istatistiksel olarak daha dŒk olduğu tespit edilmiŒtir (Yıldız ve Pınar, 2005). alıŒma sonuçlarımız, literatür ile benzerlik göstermektedir. KBY kadın hastalarda, doku perfüzyonundaki deĐiŒikliĐe ve psikolojik faktörlere bağlı olarak cinsel disfonksiyon görülebilmektedir (GriŒ ve Bilgi, 2015).

alıŒmamızda, erkek olgularda, yaŒam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ile cinsel istek ve genel tatmin arasında olumsuz yönde, dŒk derecede; fiziksel rol fonksiyon ile cinsel istek arasında olumsuz yönde dŒk derecede; genel sağlık algısı ile cinsel istek ve genel tatmin arasında olumsuz yönde dŒk derecede; zindelik ile erektil fonksiyon ve orgazmik fonksiyon, iliŒki tatmini arasında olumlu yönde orta derecede; zindelik ile cinsel istek ve genel tatmin arasında olumsuz yönde orta derecede ve genel tatmin arasında; fiziksel boyut ile cinsel istek arasında olumsuz yönde orta derecede; fiziksel boyut ile genel tatmin arasında olumsuz yönde, dŒk derecede; mental boyut ile orgazmik fonksiyon ve iliŒki tatmini arasında olumlu yönde dŒk derecede; mental boyut ile cinsel istek ve genel tatmin, arasında olumsuz yönde dŒk derecede; yaŒam kalitesi toplam puanı ile cinsel istek ve genel tatmin arasında olumsuz yönde, dŒk derecede ve anlamli bir iliŒki olduğu saptanmiŒtır ($p<0,05$). Martin ve arkadaŒları (2006) yaptıkları alıŒmada, hemodiyalize giren erkeklerde CD ile yaŒam kalitesi arasında anlamli iliŒki olduğunu, kötü yaŒam kalitesinin cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediğini saptamıŒtır. Litwin ve arkadaŒları (2001) ED Œikayeti ile baŒvuran erkeklerde yaptıkları alıŒmada, CD'nin SF-36 ile ölçülen yaŒam kalitesinin genel sağlık algısı, fiziksel ve emosyonel rol boyutları ile iliŒkili olduğu tespit etmiŒtir. Yıldız ve Pınar (2004)'ın alıŒmasında, Uluslararası Değerlendirme Formunun alt grupları ile yaŒam kalitesi alt grupları arasındaki iliŒkiye bakıldığında; CD saptanan erkeklerde IIEF alt

gruplarından sadece genel sağlık anlayışı ile genel tatmin arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçları ile benzerlik gösterirken bazıları ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, çalışmanın yapıldığı bölgenin, örneklem büyüklüğünün ve dahil edilme kriterlerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmamızda aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

- ✓ Yaş ortalamaları $48,20 \pm 13,33$ olan olguların % 40.8'i kadındır.
- Olguların %14.3'ü sigara, %10.2'si alkol kullanmaktadır ve %24.5'i düzenli olarak egzersiz yapmaktadır.
- Sistolik kan basıncı ortalaması $135,32 \pm 24,56$, diastolik kan basıncı ortalaması $82,40 \pm 19,17$ 'dir.
- KBY tanı süresi ortalama $9,28 \pm 6,86$ yıl olan olgular, ortalama $7,02 \pm 5,82$ yıldır hemodiyaliz tedavisi görmektedir.
- Hem kadın hem de erkek olguların tamamında cinsel disfonksiyon saptanmıştır.
- Kadınlarda en fazla etkilenen alan orgazmik fonksiyon, en az etkilenen alan cinsel istektir.
- Erkeklerde en fazla etkilenen alan orgazmik fonksiyon, en az etkilenen alan erektil disfonksiyondur.
- Olgularda yaş, meslek, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu ve hemodiyaliz süresi gibi faktörlerin CD oluşumunu etkilediği saptanmıştır.
- Kadın ve erkek olgularda, cinsel fonksiyonun tüm alt boyutları ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuçlar doğrultusundaki önerilerimiz şunlardır:

- ✓ Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların CD açısından rutin olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.
- ✓ Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda CD'ye sebep olan risk faktörleri ve bu faktörlere ilişkin değişiklikler düzenli olarak izlenmelidir.
- ✓ Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda CD değerlendirilirken hastalıkla ilişkili faktörlerle birlikte psikososyal faktörler de ele alınmalıdır.
- ✓ Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda CD belirlendiğinde, olguların tedavisine yönelik girişimde bulunulmalı ve gerekirse hasta sonunla ilgili birime yönlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

Acaray A, Pınar R. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004, 8:1-11.

Acıbadem Hemşirelik, Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesi. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/84/makale2.asp>. 09.10.2019.

Adashi E, Cohen J, Hamberger L, Jones JH, de Kretser DM, Lunenfeld B, Rosenwaks Z, Van Steirteghem A. Public perception on infertility and its treatment: an international survey. The Bertarelli Foundation Scientific Board. *Hum Reprod*. 2000, 15(2):330-334.

Akarsu RH, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*. 2016, 18(65):134-137.

Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 2015, 8(3):10-15.

Aker S, Yüksel S. Hipertansif hemodiyaliz hastalarının tedavi uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Kalitatif çalışma. *Journal of Human Sciences*. 2016, 13(3):4389-4404.

Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. *Nefroloji El Kitabı*, 4. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2007:3-5.

Akpolat T, Utaş C. Böbrek yetmezliği: genel bilgiler, http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf. 01.09.2019.

Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1. <http://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2016/11/hemodiyaliz1.pdf>. 10.09.2019.

Aksoy A, Yılmaz DV. Erkek infertilitesinin değerlendirilmesi. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*. 2019, 3(1):09-21.

Akyol AD. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2016, 11(1):17-33.

Altun B, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. *J. Hypertens*. 2003, 23:1817-1823.

Anık Y, Ege E. Erken evlilikler ve adölesan gebeliklerde hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics*. 2019, 5(1):46-55.

Antonucci M, Palermo G, Recupero SM, Bientinesi R, Presicce F, Foschi N, Bassi PF, Gulino G. Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. 2015, 87(4):299-305.

Atan A, Aslan Y. Prematür ejakülasyon: Yeni tanım ve güncel tedavide dapoksetinin yeri. *Turkish Journal of Urology*. 2010, 36(2):149-154.

Atasoy A, Atay A, Ahabab S, Hanedar M, Yenigün M. Diyabetik nefropatiye genel bir bakış. *Haseki Tıp Bülteni*. 2015, 53:16-19.

Atbaşoğlu EC, Gülöksüz S. Bilim, psikiyatri, dsm'ler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013, 24(3):202-212.

Ateş F. Kronik böbrek yetmezliği, diyaliz ve böbreknaklinin cinsel ve üreme işlevleri üzerindeki etkileri. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2010, 52(3):229-36.

Aygin D, Eti Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005, 25:393-399.

Aykan S, Gönültaş S, Yılmaz M, Dinçer MM. Gecikmiş orgazm ve anorgazmi. *Androloji Bülteni*. 2017, 19(4):131-137.

Aylaz R. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz-bakım gücüne ve diyalize bağlı enfeksiyonlardan korunmalarına etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2007, 18(1):40-46.

Bahar A, Savaş AH, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007, 8(4):287-292.

Bakır GK, Semiha A. Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetimi ile ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*. 2019, 2:17-25.

Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M. Periton diyalizli hastalarda öz-bakım gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009, 4(11):65-78.

Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal Of Clinical Epidemiology*. 2001, 54(2):172-181.

Baskaya Y, Karakoc H, Ozerdogan N. Postpartum dönemde yaşanan cinsel sağlık sorunları, ebe ve hemşirenin rolü. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2018, 15(4):269-275.

Basson R. Androgen replacement for women. *Canadian Family Physician*. 1999, 45:2100-2107.

Başarrı S, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2015, 10(1):19-31.

Batmazoğlu M. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında serum adiponektin ve resistin düzeylerinin prematür ateroskleroz ile ilişkisi. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Yan Dal Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2008.

Bautovich A, Katz I, Smith M, Loo CK, Harvey SB. Depression and chronic kidney disease: A review for clinicians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014, 48(6):530-541.

Baykan H. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, Yaşam Kaliteleri, Cinsel Hayatları ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2010.

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

Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 2016, 8(15):137-150.

Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primare Care*. 2011, 5:37-46.

Bozkurt ÖD, Sevil Ü. Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016, 3(4):497-503.

Boztosun B, Olcay A, Değertekin M. Seksüel aktivite ve kardiyovasküler risk. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2007; 7(4):423-426.

Chandraker A, Yeung MY. Overview of care of the adult kidney transplant recipient. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-care-of-the-adult-kidney-transplant-recipient>. 3 Eylül 2019.

Chen X, Zhnag Q, Tan X. Prevalence of sexual activity and associated factors in hypertensive males and females in china: a cross-sectionl study. *BMC Public Health*. 2012, 12(1):364.

Çelik HC, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2007, 12(1):23-27.

Çelikay DŞ. Kurumsal yönetim ile ilgili düzenlemelerin Berlin'in özgürlük kavramları açısından değerlendirilmesi. *World of Accounting Science*. 2018, 20:741-751.

Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarımnda depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008, 45(3):78-84.

Çiçek AU, Fettahoğlu EÇ, Özatala, E, Sarı SA. Cinsel istismara uğrayan ergen olguların repertuar grid tekniği ile değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*. 2019, 44(3):1007-1016.

Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, Wedel H, Beevers DG, Caulfield M, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*. 2005, 366(9489):895-906.

Davis SN, Binik YM, Carrier S. Sexual dysfunction and pelvic pain in men: a male sexual pain disorder? *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2009, 35(3):182-205.

Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*. 2010, 3(3):10-5.

Domar AD, Zuttermeister P, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 1993, 14:45-52.

Durmuş ENİ. Unesco Geçici Listesine Alınan Kasaba Köyü Mahmutbey Camii ve Kastamonu Turizmüne Yönelik Değerlendirmeler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kastamonu: Kastamonu Üniversitesi, 2019.

Dursun FE, Günal Aİ. Kronik hemodiyaliz hastalarında kan basıncının değerlendirilmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2007, 16(2):83-99.

Esen B, Kahvecioğlu S, Atay AE, Özgen G, Okumuş MM, Seyahi N, Sit D, Kadioğlu P. Evaluation of relationship between sexual functions, depression and quality of life in patients with chronic kidney disease at predialysis stage. *Renal Failure*. 2015, 37(2):262-267.

Fışkın G, Beji NK. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni*. 2014, 56:73-76.

Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*. 2013, 42(6):915-933.

Gereklioğlu , Başhan İ, Akpınar E. Erkek cinsel işlev bozukluklarında aile hekimliği yaklaşımı. *Marmara Medical Journal*. 2010, 23(2):308-315.

Girişgen İ, Sönmez F, Yenisey , Kurt İÖ. Obez ocuklarda hipertansiyon ve böbrek hasarlanması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2016, 25(2):175-181.

Giugliano D, Giugliano F, Esposito K. Sexual dysfunction and the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition*. 2006, 9(8A):1118-1120.

Gorsane I, Amri N, Younsi F, Helal I, Kheder A. Erectile dysfunction in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2016, 27(1):23-28.

Gölbaşı Z, Tuğut N, Erenel A, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2014, 36(1):1-10.

Göriş S, Bilgi N. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2015, 10(1):68-74.

Gözmen řK, Olukman Ö, elik K, alkavur ř, Arslanoğlu S, Serdaroğlu S. Yenidoğan döneminde etkin bir renal replasman tedavisi yöntemi: akut periton diyalizi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2017, 14(1):18-21.

Grimm Jr RH, Grandits GA, Prineas RJ, McDonald RH, Lewis CE, Flack JM, et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women: Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Hypertension*. 1997, 29(1):8-14.

Gülmez A. Gentamisin ile oluşturulan deneysel nefropati modellerinde adropinin terapötik etkisi. Tıp Fakóltesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2016.

Günel SY, Üstündağ B, Günel Aİ. KBY’li hastalarda, farklı hipertansif tedavi yöntemlerinin endotelial fonksiyonlara olan etkisinin biyokimyasal parametrelerle incelenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2010, 19:17-22.

Günelay S, Taşkıran E, Mergen H. Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*. 2017, 3(1):9-14.

Günaydın . Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Diyete Uyum ile Biyokimyasal Parametreler ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlıklı Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.

Güner TA, Erdoğan Z, Özdemir B, Çoban G, Aksu N. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2018, 2(13):91-95.

Güneş M, Akçalı H, Dede O, Okan A, Bulut M, Demir S, Sır A. Prematür ejakülasyon olgularında cinsel mitlere inanma düzeyi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2016, 43(2):319-328.

Hekmat R, Maghsudloo F, Mohebi M, Rezaee SA, Vakili R, Panah HR. A study of the main determinants of sexual dysfunction in women aged 15-45 years on chronic hemodialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2016, 27(5):916-920.

Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FD. Global prevalence of chronic kidney disease - a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016, 6;11(7):e0158765.

Huang YJ, Jiann BP. Association of areca nut chewing with risk of erectile dysfunction. *Sexual Medicine*. 2017, 5(3):163-168.

İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004, 7(Suppl 3):3-13.

Jackson G, Rosen RC, Kloner RA, Kostis JB. REPORT: the Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: new guidelines for sexual medicine. *The Journal of Sexual Medicine*. 2006, 3(1):28-36.

Karacaer Z, Altindis S, Gencer S, Gumuser F, Erol S, Ozkan H, Agalar C. İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü Enfeksiyonu Olan Kisilerin Yaşam Kalitesi: Kesitsel Çalışma. *KLİMİK Journal*. 2019, 32(2):154-161.

Karadakovan A. Dünya böbrek günü-muhteşem böbrekler! diyabetinizi kontrol altında tutarak böbreklerinizi koruyunuz. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2010, 7(1-2):9-11.

Karakaya N. Düzenli Hemodiyalize Giren Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Cinsel Disfonksiyonu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

Karakoyunlu F, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2009, 12(3):82-92.

Kartalcı, Ş. Testosteron ve depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010, 2(4):457-472.

Kasper D, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's principles of internal medicine*: McGraw-Hill Professional Publishing; 2018:50-180.

Kayıhan G, Ersöz G. Hipertansiyon ve egzersiz. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2009, 7(3):93-101.

Koçak DY, Duman NB. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2016, 2(3):7-13.

Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2009, 2(4):145-154.

Köksal G, Kabasakal Z. Zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerin yaşamlarında algıladıkları stresi yordayan faktörlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2012, 32:71-91.

Kurt Ş. İşsizliğin psiko-sosyal sonuçları ve türkiye üzerine muhtemel etkileri. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 2006, 51:358-379.

Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2005, 14(4):166-170.

Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009, 4(12):111-136.

Latif RA, Muhamad R, Ann AYH, Sidi H, Jaafar NRN, Midin M, Das S, Seng LH, Guan NC. Duration of hypertension and antihypertensive agents in correlation with the phases of female sexual response cycle. *Comp Psychiatry*. 2014, 55:7-12.

Lau J, Kim J, Tsui H. Prevalence of male and female sexual problems, perceptions related to sex and association with quality of life in a Chinese population: a population-based study. *International Journal of Impotence Research*. 2005, 17(6):494-505.

Lau LC, Adaikan PG, Vathsala A, Srilatha B, Wong ML, Tan CS, Deng X, Sran HK, Koh LH, Ma V. Clinical prevalence and associated factors of erectile dysfunction in patients undergoing haemodialysis. *Ann Acad Med Singapore*. 2018, 47(2):78-81.

Levendoglu F, Altıntepe L, Ugurlu H. Yaşlı hemodiyaliz hastalarında disabilite, depresyon ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004, 7:195-198.

Lindley EJ. Reducing sodium intake in hemodialysis patients. *Semin Dial*. 2009, 22(3):260-3.

Litwin M, Abuauba M, Wawer ZT, Grenda R, Kuryt T, Pietraszek E. Folate, vitamin B12 and sulfur aminoacid levels in patients with renal failure. *Pediatr Nephrol.* 2001, 16:127-132.

Makarem AR, Karami MY, Zekavat OR. Erectile dysfunction among hemodialysis patients. *Int Urol Nephrol.* 2011, 43(1):117-23.

Malekmakan L, Shakeri S, Haghpanah S, Pakfetrat M, Sarvestani AS, Malekmakan A. Epidemiology of erectile dysfunction in hemodialysis patients using IIEF questionnaire. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2011, 22(2):232-6.

Martin DF, Reig FA, Ferrer CR. Sexual function and quality of life in hemodialysis male patients. *Nefrologia.* 2006, 26(4):452-460.

Mehrsai A, Mousavi S, Nikoobakht M, Khanlarpoor T, Shekarpour L, Pourmand G. Improvement of erectile dysfunction after kidney transplantation: the role of the associated factors. *Urol J.* 2006, 3(4):240-244.

Messina LE, Claro JA, Nardoza A, Andrade E, Ortiz V, Srougi M. Erectile dysfunction in patients with chronic renal failure. *Int Braz J Urol.* 2007, 33:673-678.

Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *The Journal of Sexual Medicine.* 2004, 1(1):66-68.

Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico VF. Incidence or sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. *The Journal Of Clinical Psychiatry.* 2001, 62(3):10-21.

Mroczek B, Kurpas D, Gronowska M, Kotwas A. Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2013, 57(1):32-38.

Mumtaz A, Anees M, Barki MH, Sami W, Hussain S, Nazir M. Erectile dysfunction in haemodialysis patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2009, 21(2):4-7.

Mutlu E, Duyan V. Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler ile sosyal desteğin hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012, (1):1-38.

Naeinian MR, Shaeiri MR, Hosseini FS. General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. *Urol J.* 2011, 8(2): 127-131.

Nayir N. Edirne İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerde Cinsel İşlev ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2010.

Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clinic Proceedings*. 2012, 82:766-778.

Neto A, de Freitas Rodrigues M, Fittipaldi JS, Moreira Jr ED. The epidemiology of erectile dysfunction and its correlates in men with chronic renal failure on hemodialysis in Londrina, southern Brazil. *International Journal of Impotence Research*. 2002, 14:19-26.

Oliveira APB, Schmidt DB, Amatneeks TM, Santos JcD, Cavallet LHR, Michel RB. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2016, 38(4):411-420.

Oskay, Ü. Jinekolojik kanser hastalarında yaşanan cinsel sorunlar ve bu sorunların giderilmesinde kullanılan model ve yaklaşımlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019, 31(1):108-119.

Ovayolu N, Ovayolu Ö. *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*, 1. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2016:350-390.

N. Ovayolu, “Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi”, *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, Editörler: Nimet Ovayolu, Özlem Ovayolu, Nobel Tıp Kitabevi, 2016:350-387.

Oymak O. Hipertansiyon ve böbrek. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2007, 3(38):33-7.

Ören M, Kızıltepe R, Özekes BÇ. Yaşlılıkta cinsellik. *Ege Tıp Dergisi*. 2016, 55:38-44.

Özbek, H. Cinsel ve jinekolojik sorunların tedavisinde bitkilerin kullanımı. *Van Tıp Dergisi*. 2005, 12(2):170-174.

Özcan H, Beji NK. Menopoz döneminde cinsellik. *Androloji Bülteni*. 2014, 16(58):209-211.

Özçetin A, Bahçebaşı ZB, Bahçebaşı T, Cinemre H, Ataoğlu A. Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2009, 10:142-150.

Özdemir H, Alper, Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*. 2010, 25(3):464-477.

Özyalvaçlı ME, Metin A. Kronik böbrek yetmezlikli erkek hastalarda cinsel sağlık. *Androloji Bülteni*. 2015, 17(61):112-117.

Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Advances In Renal Replacement Therapy*. 2003, 10(1):48-60.

Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. *Journal of the American Society of Nephrology*. 1999, 10(6):1381-1388.

Parish WL, Luo Y, Laumann EO, Kew M, Yu Z. Unwanted sexual activity among married women in urban China. *J Sex Res*. 2007, 44(2):158-171.

Pehlivan F, Yüksel Ş, Ahsen A, Coşkun KŞ, Güzel Hİ, Mayda H. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve yaşam kalitesi. *ODÜ Tıp Dergisi*. 2016, 3:13-16.

Peng YS, Chiang CK, Kao TW. Sexual Dysfunction in Female Hemodialysis Patients: A Multicenter Study. *Kidney Int*. 2005, 68(2):760-765.

Perim, A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Trakya: Trakya Üniversitesi, 2007.

Pınar R. Diyabetes Mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul 1995;17-18.

Pisoni RL, Wikström B, Elder SJ, Akizawa T, Asano Y, Keen ML, Saran R, Mendelssohn DC, Young EW, Port FK. Pruritus in haemodialysis patients: international results from the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant*. 2006, 21(12):3495-3505.

Plantinga LC, Boulware LE, Coresh J, Stevens LA, Miller ER, Saran R, Messer KL, Levey AS, Powe NR. Patient awareness of chronic kidney disease: trends and predictors. *Archives Of Internal Medicine*. 2008, 168(20):2268-2275.

Rathi M, Ramachandran R. Sexual and gonadal dysfunction in chronic kidney disease: Pathophysiology. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2012, 16(2):214-219.

Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *Bmj*. 2004, 329(7465):559-561.

Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum SR, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R JR. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000, 26:191-208.

Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick I, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF). A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *J Urol*. 1997, 49: 822- 36.

Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006, 17(1):22-31.

Sağlıker Y, Sağlıker HS, Özkaynak PS. Diyaliz hastalarında hipertansiyon tedavisinin farmakolojik yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2005, 1(38):115-119.

Sarı E, Usta MF. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda erektil disfonksiyon ve hiperhomosisteinemi ilişkisi. *Androl Bul*. 2017, 19(2):33-39.

Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity Surgery*. 2012, 22(4):668-676.

Satman I, Yılmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççag N, Karsıdag K, Kalaça C, Ozcan C, King H. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabet Care*. 2002, 25:1551- 1556.

Satman İ. TURDEP-II çalışması ilk sonuçlar. 32. TEMH Kongresi, Antalya, 2010, Kongre Kitabı, 2010:12.

Savadi H, Khaki M, Javnbakht M, Pourrafiee H. The impact of hemodialysis on sexual function in male patients using the international index of erectile function questionnaire (IIEF). *Electronic Physician*. 2016, 8(5):2371-2377.

Sevinç M, Hasbal NB, Ünsal A. Transplantasyon ve periton diyalizi. *Türkiye Klinikleri*. 2019, 5(1):21-25.

Sezer S, Külah E, Özdemir F. Hipertansiyonun renal komplikasyonlar ve böbrek hastalığının progresyonundaki rolü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2003, 12(2):67-73.

Soylu G. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2018.

Strippoli GFM. Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2012, 7:974–981.

Suzuki E, Nishimatsu H, Oba S, Takahashi M, Homma Y. Chronic kidney disease and erectile dysfunction. *World J Nephrol*. 2014, 3:220-229.

Süleymanlar G SK, Altıparmak MR, Seyahi N. *Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon*. 1. Baskı. İstanbul, Metris Matbaacılık. 2010:3-28.

Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2018. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/REGISTRY_2018.pdf. 10.10.2019.

Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecder T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Odabaş AR, Serdengeçti K. A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011, 26:1862-1871.

Süleymanlar G. Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: tanımı, evreleri ve epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2007, 3(38):1-7.

Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. TND Kayıtları. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/TND-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.pdf>. 12.11.2019.

Süzen B. Akut ve kronik böbrek yetmezliğinde tıbbi beslenme tedavisi. *Bes Diy Derg*. 2018, 46(Özel Sayı):36-47.

Şahin A. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Diyabetik veya Hipertansif Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Bazı Parametrelere ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2018.

Şahin D, Ertekin E. Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu. *Klinik Gelişim*. 2009, 22(4):75-99.

Şahin G, Yalçın A. Böbrek fonksiyonları bozuk hastalarda preoperatif değerlendirme. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2005, 14(3):108 – 118.

Şener E. Beslenme Anketi Yöntemi İle Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Tuz Alımı Hesaplanabilir Mi? Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Uzmanlık tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

Şimşek Ç, Barlas GÜ, Ardiç E. Sağlık çalışanlarında cinselliğin değerlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*. 2018, 4(3):148-155.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2014-2017, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti, Yayın No 946, Ankara 2014, 1-20

Tander B, Durmuş D, Akyol Y, Ferhan C. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi, ağrı ve depresyon. *Romatizma*. 2008, 23:72-76.

Tannor EK, Archer E, Kapembwa K, van Schalkwyk SC, David MR. Quality of life in patients on chronic dialysis in South Africa: a comparative mixed methods study. *BMC Nephrology Lond.* 2017, 18:4.

Tanrıverdi M. Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2010, 2(2):27-32.

Taş D. Diyaliz Hastalarında Egzersiz Yararları/Engelleri Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2016.

Tavallai SA, Mirzamani M, Behzadi AH, Assari S, Vishteh HRK, Hajarizadeh B, et al. Sexual function: a comparison between male renal transplant recipients and hemodialysis patients. *The Journal of Sexual Medicine.* 2009, 6(1):142-148.

Tavlı F, Ünsal D. Fabrika çalışanlarının stres kaynakları ve stresle başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi.* 2016, 2(1):9-15.

Teke N, Arslan S. Kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2018, 11(2):120-128.

Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015, 18(2):140-147.

Topbaş E. Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 2015, 10(1):53-58.

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

Turgut, N. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Acil Servisine Başvuran Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılı Hastaların Retrospektif Analizi. Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2011.

Turunç T, Deveci, S, Güvel S, Peşkirioğlu L. Uluslararası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk versiyonunun (IIEF-5) Türkçe geçerlilik çalışmasının değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi.* 2007, 33(1):45-49.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Patent II çalışması. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. 12.10.2019.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014 verileri. http://www.nefroloji.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastalıkları_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf. 12.10.2019.

Türkiye İstatistik Kurumu.
biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/metaVeriEkle.do?durum=metaGetir&menuNo=5
14. 15.10.2019.

Türkmen K, Erdur FM, Eriklioğlu M, Gaipov A, Çolak B, Tekin A, Yeksan M, Selçuk NY, Türk S, Tavlı Ş, Tonbul HZ. 2003-2011 yılları arasında Meram Tıp Fakültesi Organ Nakli Merkezinde yapılan böbrek nakli olgularının sonuçları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2013, 22(1):34-44.

Uslu E, İnfal S, Ulusoy MN. Cinsel sorunların çözümünde plissit modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016, 8(1):52-63.

USRDS U. Renal data system. ABD’de kronik böbrek yetmezliği insidansı. https://www.usrds.org/2013/pdf/v2_ch12_13.pdf. 19.11.2019.

Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2003, 12(1):61-76.

Ülkelere göre renal replasman tedavisi gerektiren son dönem böbrek yetmezliği prevalansı. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/REGISTRY_2018.pdf. 09.10.2019.

Ünal N. Hipertansiyonlu bireylerde cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 2018.

Varghese KM, Bansal R, Kekre AN, Jacob K. Sexual dysfunction among young married women in southern India. *International Urogynecology Journal*. 2012, 23(12):1771-1774.

Varol E, Sivrikaya SK. Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2018, 8(2):89-96.

Vasileva IA. Quality of life in chronic hemodialysis patients in russia. *Hemodial Int*. 2006, 10:274-278.

Vicdan N, Canlı ÖZ. Miyokard infarktüsü ve cinsel işlev bozukluğu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2011, 2(2):2-6.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *American College of Cardiology*. 2018, 71(19):127-248.

Wylie KR, Wood A, McManus R. Sexuality and old age. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2013, 56:223–230.

Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012, 2(2):19-23.

Yıldız H, Pınar R. Cinsel disfonksiyonu olan kardiyovasküler hastaların bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005, 21(2):135-145.

Yıldız H, Pınar R. Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2004, 4:309-317.

Yılmaz E. Konya İl Merkezinde Yaşayan Evli Nüfusta Cinsel Sorunların Araştırılması. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.

Yiğit V, Erdem R. Türkiye'de diyaliz ve böbrek transplantasyonu tedavisinin maliyet etkililik analizi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016, 1(13):182-205.

Yurtsever S, Bedük T. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003, 2:3-12.

Yücesan A, Alkaya SA. Okullarda göz ardı edilen bir konu: cinsel sağlık eğitimi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2018, 25(2):200-209.

EK-1. GENEL BİLGİ FORMU (KADIN)

Sayın Katılımcı,				
Bu anket, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda cinsel yaşamı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Soruları eksiksiz cevaplayarak verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.				
Yaş:		Medeni durum: 1. Evli 2. Bekar 3. Diğer:		
Çocuğunuz var mı?	1. Evet /	Kaç tane?.....Kız.... Erkek:...	2. Hayır	
Mesleğiniz: 1. Memur 2. Emekli 3. İşçi 4. Serbest Meslek 5. Ev Hanımı 6. Diğer:				
Çalışıyor musunuz?	1. Hayır	2. Tam gün	3. Yarım gün / Belli saatlerde	
Eşiniz çalışıyor mu?	1. Evet	2. Hayır		
Eşinizin mesleği: 1. Memur 2. Emekli 3. İşçi 4. Serbest Meslek 5. Diğer:				
Eşiniz çalışmıyorsa, ne kadar süredir çalışmıyor?			Neden?.....	
Düzenli bir bireysel gelire sahip misiniz? (Kira, faiz, maaş)			1. Evet 2. Hayır	
Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız? 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla				
Öğrenim düzeyiniz nedir? 1. Okuma yazma yok 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Ön lisans 7. Lisans 8. Lisansüstü				
Eşinizin öğrenim düzeyi nedir? 1. Okuma yazma yok 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Ön lisans 7. Lisans 8. Lisansüstü				
Alışkanlıklar				
1. Sigara	1. Kullanıyor		2. Bırakmış.....yıl önce	3. Kullanmıyor
	Süre.....	Miktar.....	Süre.....	
2. Alkol	1. Kullanıyor		2. Bırakmış.....yıl önce	3. Kullanmıyor
	Süre.....	Miktar.....	Süre.....	
Egzersiz 1. Düzenli olarak yapıyorum (.....gün/hafta.....dakika/gün) 2. Yapmıyorum Egzersiz tipi: 1. Yürüyüş 2. Diğer:.....				
Kan Basıncı		Sistolik.....mmHg	Diastolik.....mmHg	
Kilo: kg	Boy: cm			
KBY tanı Süresi:		İnterdiyalitik kilo:		
Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi görüyorsunuz?.....				
Hemodiyaliz sıklığı:.....gün/ hafta				

EK-1. DEVAM. GENEL BİLGİ FORMU (ERKEK)

Sayın Katılımcı, Bu anket, hemodiyaliz tedavi alan hastalarda cinsel yaşamı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Soruları eksiksiz cevaplayarak verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.				
Yaş: Medeni durum: 1. Evli 2. Beraber 3. Diğer:				
Çocuğunuz var mı?	1. Evet /	Kaç tane?.....	2. Hayır	
Mesleğiniz nedir? 1. Memur 2. Emekli 3. İşçi 4. Serbest Meslek 5. Diğer:				
Çalışıyor musunuz?	1. Hayır	2. Tam gün	3. Yarım gün / Belli saatlerde	
Eşiniz çalışıyor mu?	1. Evet	2. Hayır		
Eşiniz çalışıyorsa, yaptığı iş? 1. Memur 2. Emekli 3. İşçi 4. Serbest Meslek 5. Ev Hanımı 6. Diğer:				
Eşiniz çalışmıyorsa, ne kadar süredir çalışmıyor?			Neden?.....	
Çalışıyorsanız maaşınız dışında düzenli bir gelire sahip misiniz?(Kira,faiz,vs.)	1. Evet	2. Hayır		
Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız? 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla				
Öğrenim düzeyiniz nedir? 1. Okuma yazma yok 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Ön lisans 7. Lisans 8. Lisansüstü				
Eşinizin öğrenim düzeyi nedir? 1. Okuma yazma yok 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Ön lisans 7. Lisans 8. Lisansüstü				
Alışkanlıklar				
1. Sigara	1. Kullanıyor		2. Bırakmış... yıl önce	3. Kullanmıyor
	Süre.....	Miktar.....	Süre.....	
2. Alkol	1. Kullanıyor		2. Bırakmış..... yıl önce	3. Kullanmıyor
	Süre.....	Miktar.....	Süre.....	
Egzersiz 1. Düzenli olarak yapıyorum (.....gün/hafta.....dakika/gün) 2. Yapmıyorum Egzersiz tipi: 1. Yürüyüş 2. Diğer:.....				
Kan Basıncı	Sistolik.....mmHg		Diastolik.....mmHg	
Kilo: kg	Boy: cm		İnterdiyalitik kilo:	
KBY tam süresi:				
Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi görüyorsunuz?.....				
Hemodiyaliz sıklığı:.....gün/ hafta				

EK-2. SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sağ tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığımızda genel olarak sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz kötü	4
Bir yıl öncesinden çok kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyin)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/ hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3

e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
ı. Yüz metrelik mesafeyi yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünde çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin; extra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin; sinirli ve stresli) aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünde çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyin)

- | | |
|----------------|---|
| Pek etkilemedi | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta | 3 |
| Oldukça | 4 |
| Aşırı | 5 |

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyin)

- | | |
|-----------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok hafif | 2 |
| Hafif | 3 |
| Orta | 4 |
| Fazla | 5 |
| Çok fazla | 6 |

8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz yönde etki gösterdi? (Evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere sadece bir rakamı işaretleyin)

- | | |
|---------------|---|
| Çok değil | 1 |
| Az | 2 |
| Orta | 3 |
| Oldukça Fazla | 4 |
| Aşırı | 5 |

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

GEÇEN AY BOYUNCA NE KADAR SÜRE	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde hissettiniz)	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
ı. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru ya da yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-3. EREKSİYON İŞLEVİ ULUSLARARASI DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıdaki sorulara durumunuzu en net açıklayan şekilde cevap vermeniz, size yardım şansımızı artıracaktır. Her soruyu şıklardan birinin yanındaki kutuyu işaretleyerek cevaplayın. Hangi cevabı işaretleyeceğiniz konusunda kararsız kalırsanız size en uygun gelen cevabı işaretleyin. Bu ankete verilen cevaplar yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirilecektir.

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

Cinsel faaliyet olmadı Hemen hemen hepsinde (Her zaman) Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)

Bazen (yaklaşık yarısında) Nadiren (yarısından çok azında) Hiç ya da hemen hemen hiç

2. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ile oluşan sertleşmelerin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeydeydi?

Cinsel uyarılma olmadı. Hemen hemen hepsinde (her zaman) Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)

Bazen (yaklaşık yarısında) Nadiren (yarısından çok daha azında) Hiç ya da hemen hemen hiç

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

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım. Hemen hemen hepsinde (her zaman)

Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) Bazen (yaklaşık yarısında)

Nadiren (yarısından çok daha azında) Hiç ya da hemen hemen hiç

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

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım. Hemen hemen hepsinde (her zaman)

Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) Bazen (yaklaşık yarısında)

Nadiren (yarısından çok daha azında) Hiç ya da hemen hemen hiç

5. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkiyi tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız?

Aşırı zorlandım Çok zorlandım Zorlandım Biraz zorlandım Hiç zorlanmadım

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

0 1-2 3-4 5-6 7-10 11'den fazla

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

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım. Hemen hemen hepsinde (her zaman)

Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) Bazen (yaklaşık yarısında)

Nadiren (yarısından çok daha azında) Hiç ya da hemen hemen hiç

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

Cinsel ilişki olmadı Son derece zevk aldım Çok zevk aldım

Az derecede zevk aldım Pek zevk almadım Hiç zevk almadım

9. Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne kadar boşaldınız?

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım. Hemen hemen hepsinde (her zaman)

Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) Bazen (yaklaşık yarısında)

Nadiren (yarısından çok daha azında) Hiç ya da hemen hemen hiç

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

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım. Hemen hemen hepsinde (her zaman)

Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) Bazen (yaklaşık yarısında)

Nadiren (yarısından çok daha azında) Hiç ya da hemen hemen hiç

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

Her zaman Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) Bazen (yaklaşık yarısında)

Nadiren (yarısından çok daha azında) Hiç ya da hemen hemen hiç

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

Çok fazla Fazla Orta Az Çok az veya hiç yok

13. Son 4 hafta içinde cinsel hayatınız ne kadar tatminkârdı?

Çok tatminkârdı Orta derecede tatminkârdı Ne tatminkârdı ne de değildi

Pek tatminkâr değildi Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel hayatınız ne kadar tatminkârdı?

Çok tatminkârdı Orta derecede tatminkârdı Ne tatminkârdı ne de değildi

Pek tatminkâr değildi Hiç tatminkâr değildi

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

Tam Tama yakın Orta derecede Az Çok az

EK-4. KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI)

Aşağıdaki sorulara durumunuzu en net açıklayan şekilde cevap vermeniz, size yardım şansımızı artıracaktır. Her soruyu şıklardan birinin yanındaki kutuyu işaretleyerek cevaplayın. Hangi cevabı işaretleyeceğinizi konusunda kararsız kalırsanız size en uygun gelen cevabı işaretleyin. Bu ankete verilen cevaplar yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirilecektir.

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

- Hemen her zaman veya her zaman Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 Bazen (geçen sürenin yarısında) Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 Hemen hemen hiç veya 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 her zaman veya her zaman
 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında) Bazen (geçen sürenin yarısında)
 Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

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

5. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılacağınızdan ne kadar emindiniz?

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

6. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım. Hemen her zaman veya her zaman
 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında) Bazen (geçen sürenin yarısında)
 Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vaginanız ne sıklıkta ıslandı (kayganlaştı)?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım Hemen her zaman veya her zaman
 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında) Bazen (geçen sürenin yarısında)
 Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vaginanızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım Çok zor veya imkânsızdı Çok zor Zor Biraz zor 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 her zaman veya her zaman
 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında) Bazen (geçen sürenin yarısında)
 Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar vajinanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım Çok zor veya imkânsızdı Çok zor Zor Biraz zor Hiç zorluk çekmedim

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım Hemen her zaman veya her zaman
 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında) Bazen (geçen sürenin yarısında)
 Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında) Hemen hemen hiç veya 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 zor veya imkânsızdı Çok zor Zor
 Biraz zor Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma ne kadar tatminkârdı?

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

14. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz veya eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

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

15. Son 4 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkârdı?

- Çok tatminkârdı Genellikle tatminkârdı Yarısında tatminkârdı yarısında tatminkâr değildi
 Genellikle tatminkâr değildi Hiç tatminkâr değildi

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

- Çok tatminkârdı Genellikle tatminkârdı Yarısında tatminkârdı yarısında tatminkâr değildi
 Genellikle tatminkâr değildi Hiç tatminkâr değildi

17. Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım Hemen her zaman veya her zaman
 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında) Bazen (geçen sürenin yarısında)
 Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım Hemen her zaman veya her zaman
 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında) Bazen (geçen sürenin yarısında)
 Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında) Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı veya rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

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

EK-5. ETİK KURUL İZİNİ



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

OTURUM TARİHİ
29 Mayıs 2019

OTURUM SAYISI
2019-06

KARAR NO 22 : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Modüllüğü'nden alınan Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Hicran YILDIZ'ın danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Rıdvan BAYRAM'ın "Hemodiyaliz Ve Periton Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket ve ölçek sorularının değerlendirilmesine geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Hicran YILDIZ'ın danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Rıdvan BAYRAM'ın "Hemodiyaliz Ve Periton Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket ve ölçek sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurusuya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.



Prof. Dr. Feriha YILMAZ

Üye

Prof. Dr. Berrin ZİK

Üye

Prof. Dr. Berrin ALINCA

Üye

Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN

Üye

Prof. Dr. Yücel ÖZKUL

Üye

Prof. Dr. Nurecan ÖZYAZICIOĞLU

Üye

EK-6. KURUM İZİNİ



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
İç Hastahkları Anabilim Dah Başkanlığı
Nefroloji Bilim Dah Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.11.01.03-819/22556
Konu: Araştırma İzin Talebi (Rıdvan BAYRAM)

30/07/2019

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.07.2019 tarihli ve 73115338-819/22429 sayılı yazınız.

Araştırma İzin Talebi (Rıdvan BAYRAM) ile ilgili yazınız incelenmiş olup söz konusu talep bilim dahımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Alparslan ERSOY
Bilim Dah Başkanı

Ü.U. İç Hastahkları Anabilim Dah Nefroloji Bilim Dalı Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA Seçil
Tezbulur Sekreter

Tel : 0224 295 1440-295 1437 Faks: 0224 295 1444

e-posta : nefrosek@uludag.edu.tr

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?dks26R5kOEav3U4-mY2RPg>

BURSA

EK-7. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Rıdvan BAYRAM
Doğum tarihi	: 28.10.1993
Doğum yeri	: Konak
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Mustafa KEMAL Mahallesi. 696/1 sokak. No:16 Kat:1 Daire:2 Buca/İZMİR
Tel	: 05332790149
E-mail	: ridvanbayram@uludag.edu.tr
EĞİTİM	
Lise	: Konak Hürriyet Anadolu Lisesi
Lisans	: Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2013 - 2017)
Yüksek Lisans	: Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2017 - halen)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: (YÖKDİL : 63.75, Mart 2018)