

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



HİPERTANSİYONLU BİREYLERDE
CİNSEL DİSFONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Neslişah ÜNAL

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

Ortak Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR

BALIKESİR - 2018

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

HİPERTANSİYONLU BİREYLERDE
CİNSEL DİSFONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Neslişah ÜNAL

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi - Başkan

Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Uludağ Üniversitesi - Üye

Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR
Balıkesir Üniversitesi – Üye

Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT
Sakarya Üniversitesi - Üye

Dr. Öğr. Üyesi Sevde ÇUBUKÇU
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

Ortak Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR

BALIKESİR - 2018



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ KABUL VE ONAY


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

Tez Savunma Tarihi: 21 / 12/ 2018


TEZ SINAV JÜRİSİ


Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Başkan


Doç. Dr. Hijran YILDIZ
Uludağ Üniversitesi
Üye

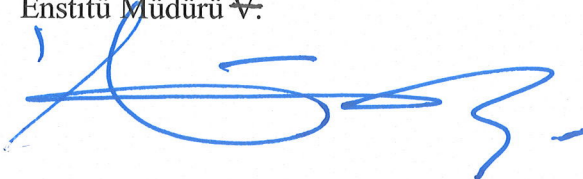

Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR
Balıkesir Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT
Sakarya Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Sevde ÇUBUKÇU
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak
21 / 12 / 2018 tarihinde teslim edilmiştir.

İzzet KARAHAN
Prof Dr. Şükrü Metin PANCARCI
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 (21/12/2018).

Neslişah ÜNAL



TEŐEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőtirilmesinde, değerli bilgilerini ve tecrübelerini her daim benimle paylaőan, saygınlığını ve bilgisini benden esirgemeyen, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemi ve değerini asla unutmayacağım saygıdeğer danıőman hocam Doç. Dr. Hicran YILDIZ'a, katkı ve önerilerini esirgemeyen ikinci tez danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR'e, Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde görev yapan ve çalışmam boyunca benden desteklerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarıma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi bünyesindeki meslektaşlarıma ve her zaman yanımda olan, bu çalışmanın her anında bana destek olan kıymetli aileme sonsuz teőekkürler...



İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	3
2.2. Hipertansiyon Prevalansı.....	4
2.3. Hipertansiyonda Risk Faktörleri	6
2.4. Hipertansiyon Semptomları.....	6
2.5. Hipertansiyon Tanılaması	6
2.5.1. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	8
2.5.2. Hipertansiyon Tanı ve Takibinde Kullanılan Yöntemler.....	10
2.6. Hipertansiyon Tedavisi	11
2.6.1. Farmakolojik Tedavi	11
2.6.2. Non-Farmakolojik Tedavi.....	12
2.7. Hipertansiyon Komplikasyonları.....	13
2.8. Hipertansiyonda Cinsel Disfonksiyon.....	13
2.8.1. Hipertansiyonda Cinsel Disfonksiyonun Tanılanması.....	14
2.8.2. Hipertansiyonda Cinsel Disfonksiyonun Tedavisi.....	16
2.9. Hipertansiyonda Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Amacı	18
3.2. Araştırmanın Tipi.....	18
3.3. Araştırmanın Aşamaları.....	18
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.6. Verilerin Toplanması.....	19
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6.2. Uygulama.....	21
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	22

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.9. Araştırmanın Etik yönü.....	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	33
5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	33
5.2. Hastalıkla İlişkili Özelliklere İlişkin Bulgular.....	36
5.3. Cinsel Disfonksiyon İle İlişkili Özelliklere İlişkin Bulgular	39
5.4. Cinsel Disfonksiyon İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular...44	
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR.....	49
EK-1. GENEL BİLGİ FORMU (KADIN)	68
EK-2. GENEL BİLGİ FORMU (ERKEK)	69
EK-3. KADIN CİNSEL DİSFONKSİYON İNDEKSİ (IFSİ)	70
EK-4. EREKSİYON İŞLEVİ ULUSLARARASI DEĞERLENDİRME FORMU (IIEF)	73
EK-5. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	75
EK-6. ETİK KURUL ONAYI	78
EK-7. ÖZGEÇMİŞ	79

ÖZET

Hipertansiyonlu Bireylerde Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi

Bu araştırma, hipertansiyonlu hastalarda cinsel disfonksiyon (CD) prevalansını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğindeki hipertansiyonlu 49 kadın, 53 erkek toplam 102 hasta oluşturmuştur. Veriler, sosyodemografik özellikleri ve 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 bulgularımız; kadınların %69.4'ünde CD, erkeklerin %90.6'ında CD saptanmıştır. Kadınlarda en fazla etkilenen alan cinsel istek, en az etkilenen alan ağrıdır. Erkeklerde en fazla etkilenen alan ilişki tatmini, en az etkilenen alan cinsel istektir. Olgularda yaş, cinsiyet, eşin mesleği ve eşin çalışma durumu, koroner arter hastalığı menopoza gibi faktörlerin CD oluşumunu etkilediği saptanmıştır. Kadın olgularda, cinsel istek ile yaşam kalitesi; erkek olgularda, erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, ilişki tatmini, cinsel istek ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak hem hastalıkla ilişkili faktörler, hem de psikososyal faktörler CD'yi etkilemektedir. Bu nedenle, hipertansiyonlu hastalarda CD değerlendirilirken hastalıkla ilişkili faktörlerle birlikte, psikososyal faktörler de ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel disfonksiyon, hipertansiyon, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Evaluation of Sexual Dysfunction in Patients with Hypertension

This study was done to determine the prevalence of sexual dysfunction (SD) and the factors that may effect to SD in patients with hypertension.

The samples of study consisted of 102 patients (49 women and 53 men). The data were gathered by general knowledge form which consists of socio-demographic characteristic and risk factors, Female Sexual Function Index (FSFI), International Index of Erectile Function (IIEF) and The Most Item Short Form Health Survey. SD was determined on 69.4% of women and 90.6% of men in our study. The most affected domains were sexual desire; the least affected domain was pain in females, while the most affected domains were satisfaction; the least affected domain was sexual desire in males. Factors such as age, gender, co-worker and co-worker status, coronary artery disease and menopause were found to affect CD formation. In female cases; sexual desire and quality of life were found to be related. In male cases; erectile function, orgasmic function, relationship satisfaction, sexual desire and quality of life were found to be related.

In conclusion, SD affected by both disease-related factors and psychosocial factors. Therefore, both disease-related factors and psychosocial factors should be taken in to consideration while evaluating SD in patients with hypertension.

Key Words: Sexual dysfunction, hypertension, quality of life.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACC	: Amerikan Kardiyoloji Koleji
AHA	: Amerikan Kalp Derneği
ASH	: Amerikan Hipertansiyon Derneği
BUN	: Kan Üre Nitrojen
CD	: Cinsel Disfonksiyon
CREDİT	: Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelansı Araştırması
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: Avrupa Hipertansiyon Derneği
HT	: Hipertansiyon
HDL	: Yüksek Yoğunlukta Lipoprotein
HSDD	: Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu
IFSF	: Kadın Seksüel Fonksiyon Göstergesi
IEEF	: Erkek Seksüel Fonksiyon Göstergesi
ISH	: Uluslararası Hipertansiyon Derneği
JNC	: Birleşik Ulusal Komite
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KB	: Kan Basıncı
KD	: Kardiyak Debi
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
METSAR	: Türkiye Metabolik Sendrom Sıklığı Araştırması
MI	: Miyokard Enfarktüsü
Patent	: Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması
PVD	: Periferik Vasküler Direnç
SD	: Seksüel Disfonksiyon
SSS	: Sempatik Sinir Sistemi
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı
VDL	: Çok Düşük Yoğunlukta Lipoprotein
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YK	: Yaşam Kalitesi

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1. JNC-8'e Göre Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflaması.....	9
Tablo 2.2. ESC-2013'e Göre Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflaması.....	9
Tablo 2.3. ASH/ISH-2014'e Göre Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflaması.....	9
Tablo 2.4. AHA-2017'ye Göre Hipertansiyon Sınıflandırması.....	9
Tablo 2.5. ESH/ESC-2013'e Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	10
Tablo 2.6. JNC-7'ye Göre Ölçüm Yerine ve Zamanına Göre Kan Basıncı Tanı Kriterleri.....	11
Tablo 2.7. En Yaygın Kullanılan Cinsel Fonksiyon Değerlendirme Formları....	15
Tablo 4.1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	24
Tablo 4.2. Olgularda Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	25
Tablo 4.3. Olgularda Tedaviye İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	25
Tablo 4.4. Olgularda Cinsel Disfonksiyon Varlığına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	26
Tablo 4.5. Kadın Olguların FSFI Alt Gruplarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	26
Tablo 4.6. Erkek Olguların IIEF Alt Gruplarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	27
Tablo 4.7. Olguların Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı	27
Tablo 4.8. Sosyodemografik Özelliklerin Cinsel Disfonksiyon Varlığına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı	28
Tablo 4.9. Olgularda Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Cinsel Disfonksiyon Varlığına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı.....	29
Tablo 4.10. Olgularda Cinsel Disfonksiyon Varlığının Kullanılan İlaçlara Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı	30

Tablo 4.11. Kadın Olgularda Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile IFSF Cinsel
Disfonksiyon Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı31

Tablo 4.12. Erkek Olgularda Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile IIEF Cinsel
Disfonksiyon Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı32



1. GİRİŞ

Hipertansiyon (HT), en sık karşılaşılan kronik hastalıklardan biri olup, önlenebilir ve tedavi edilebilir küresel bir halk sağlığı sorunudur (Altun ve ark., 2005; Dönmez ve ark., 2015; Weber ve ark., 2014). HT; kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı, erken ölüm ve yeti kaybı gibi durumlara neden olabilmekte dolayısıyla bunlara bağlı olarak da sağlık ve ekonomi alanlarında önemli bir yük oluşturmaktadır (Altun ve ark., 2005; Frieden ve Jaffe, 2018). HT görülme sıklığı, Dünyada %34.9 oranında (Beaney ve ark., 2018) ve ikibin yılında 972 milyon HT’u olan yetişkin birey bulunduğu ve 2025 yılında bu sayının yaklaşık %60 oranında artarak 1,56 milyar olacağı tahmin edilmektedir (Chockalingam ve ark., 2006; Kearney ve ark., 2005;). Ülkemizde yapılan PatenT-1 ve PatenT-2 çalışmalarına göre HT görülme sıklığı , sırasıyla %31.8 ve %30.3 olarak belirlenmiştir (Altun ve ark., 2005; Sengul ve ark., 2016). PatenT-1 çalışmasında, HT görülme sıklığı kadınlarda %36.1, erkeklerde %27.5 olmak üzere %31.8 olarak belirlenmiştir (Altun ve ark., 2005; Arıcı ve ark., 2005). Günümüzde ise HT tanı ve tedavisinde kullanılan çeşitli yöntemler bulunmaktadır (Aşlar, 2015; Galiè ve ark., 2016; Hacıhasanoğlu, 2009). HT’nun tanı ve tedavisinde kullanılan bu yöntemlere her geçen gün yenileri eklenmektedir (Galiè ve ark., 2016; Kara ve ark., 2009). Bu tedavi yöntemlerinin kullanımı ve risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik yapılacak çalışmalar, HT’na bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonların azaltılmasına katkıda bulunmaktadır (Eryonucu ve ark., 1999; Karakurt ve Kara, 2007). HT’da retinopati, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, sol ventrikül hipertrofisi, hemipleji, ateroskleroz, ensefalopati, tromboembolizm, hemoraji, böbrek yetmezliği, hipertansif nefroskleroz gibi çok sayıda komplikasyon görülebilmektedir (Akçiçek, 2000; Akpolat, 1999; Eryonucu ve ark., 1999). Bu komplikasyonlardan biri de cinsel disfonksiyon (CD)’dur. HT hastalarında CD görülme sıklığı %14-%35 arasında değişmektedir (Doumas ve ark., 2006; Fogari ve ark., 2002). Chen ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada; hipertansif kadınlarda CD prevalansının %.20.6-%36.3 arasında; erkeklerde ise %25.3-%34.2 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu oran hastaların etnik kimlikleri, yaşam kaliteleri, beslenme alışkanlıkları, alkol ve sigara

kullanımı ve kronik hastalıklarının var olup olmamasına göre değişim göstermektedir (Aranda ve ark., 2004; Avcı, 2016; Grimm ve ark., 1997). Yapılan çalışmada; hipertansif hastalarda CD tanı ve tedavisinin sağlanması, bireyin cinsel yaşamının ve evlilik ilişkilerinin iyileşmesine, yaşam kalitesinin artmasını sağladığını göstermektedir (Chen ve ark., 2012). Ülkemizde kültürel yapıdan kaynaklanan utanma, çekinme davranışları ile tabular, bireylerin cinsel yaşam konusunda sorun yaşadığında sağlık profesyonellerinden yardım almasını güçleştirmektedir (Aras ve ark., 2007; Erbek ve ark., 2005; Pınar ve ark., 2009; Yılmaz ve Kucur, 2007). Bu durum gözönüne alındığında, hipertansif hastalarda CD'nun değerlendirilmesi ve tanılanması daha da önem kazanmaktadır (Doumas ve ark., 2006; Erbek ve ark., 2005; Yılmaz ve Kucur, 2007). Hemşirelik yaklaşımları hastanın bu yöndeki gözardı edilen durumları (cinsel disfonksiyon, utanma, çekinme) ortaya çıkarma, tanılama ve değerlendirme açısından önemlidir. Hemşireler hastalarla sağlıklı ve kaliteli iletişimler kurarak hastayı doğru biçimde yönlendirmede etkin rol oynamaktadır.

Bu alışma, HT'lu hastalarda CD'nun değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.1 Araştırmanın Hipotezleri

H01: Hipertansif hastalarda CD prevalansı yüksektir.

H1: Hipertansif hastalarda CD prevalansı düşüktür.

H02: Hipertansif hastalarda CD yaşam kalitesini etkilememektedir.

H2: Hipertansif hastalarda CD yaşam kalitesini etkilememektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Erişkinlerde (>18 yaş) HT; hekim tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg olması olarak tanımlanmaktadır (Mancia ve ark., 2013). Ancak yaşa ve diyabet ya da kronik böbrek yetmezliği varlığına göre, hastalarda sistolik ve/veya diyastolik kan basıncı sınırları değişmektedir (Kovell ve ark., 2015; Mancia ve ark., 2013). Yaşı 80 ve üzeri olan bireylerde, sistolik kan basıncı sınırı 150 mmHg olarak kabul edilmektedir (Weber ve ark., 2014). Hastada diyabet ve/veya böbrek yetmezliği varsa, HT sınırı sistolik kan basıncında 130 mmHg, diyastolik kan basıncı 80 mmHg olarak kabul edilmektedir (Mancia ve ark., 2013; Seyrek, 2004).

HT, bilinen ya da bilinmeyen çeşitli etkenlerle ortaya çıkan, bir kan basıncı regülasyonu bozukluğudur (Babalık, 2005; Tümer ve ark., 2016). Kan basıncının kontrolü; böbrekler, merkezi sinir sistemi, periferik sinir sistemi, vasküler endotel ve adrenal bezler arasındaki etkileşimle sağlanmakta ve sürdürülmektedir (Tümer ve ark., 2016).

HT oluşumunda, genetik özelliklerin yanı sıra, artmış sempatik sinir sistemi (SSS) aktivitesi, sodyumu tutan hormonların ve vazokonstriktör maddelerin aşırı üretimi, vazodilatör maddelerin yetersiz üretimi, renin üretimindeki dengesizlikler, diyetle sodyumun fazla ve potasyumun az alınması, obezite, insülin direnci ve diyabet, damar hücre büyümesinde etkili faktörlerin aşırı üretimi gibi faktörler de rol oynamaktadır (Babalık, 2005; Doğan ve ark., 2012; Li ve ark., 2005).

Kan basıncı (KB); kardiyak debi (KD) ve periferik vasküler direnç (PVD) tarafından oluşturulmaktadır. Bu denklemi bozacak herhangi bir faktör, KB'de değişikliklere ve otoregülasyonun devreye girmesine neden olur. KD, kalp hızı ve stroke volümden etkilenmektedir (Taş ve Büyükebeşe, 2013). İntravasküler volümün artışı ve artmış sempatik aktivite, kalp debisini artırarak KB artmasına neden

olmaktadır. KB'nın kontrol altına alınması için periferik vasküler direnç, barorefleks mekanizma tarafından azaltılmaktadır (Kerez, 2015; Zungur ve Yıldız, 2004).

Sistemik kan basıncını belirleyen ve birbiriyle etkileşen birçok faktör olması nedeniyle HT'dan sorumlu tek bir etiyoloji veya patofizyolojik mekanizma bulunmamaktadır (Babalık, 2005; Kılıç, 2013). Kan basıncının kontrolü böbrekler, merkezi sinir sistemi, periferik sinir sistemi, vasküler endotel ve adrenal bezler arasındaki karmaşık etkileşimle sağlanmaktadır (Babalık, 2005; Uysal, 2015). Artmış SSS aktivitesinin yanı sıra, sodyumu tutan hormonların ve vazokonstriktör maddelerin aşırı üretimi, vazodilatör maddelerin yetersiz üretimi, renin üretimindeki dengesizlikler, diyetle sodyumun fazla ve potasyumun az alınması obezite, insülin direnci ve diyabet, damar hücre büyümesinde etkili faktörlerin aşırı üretimi gibi faktörler de kan basıncı kontrolünde etkili olmaktadır (Babalık, 2005; Özdemir ve ark., 2005). Bireylerin genetik yapısı ve genetik yatkınlığı da kan basıncı kontrolünde etkilidir. Bu genetik altyapı ile kişinin yaşam tarzı, sosyo-ekonomik durumu, çevresel faktörler, gibi çok sayıdaki faktörün de etkileşimiyle kan basıncı değişiklikleri belirlenmektedir (Harrap, 2005; Uysal, 2015).

2.2. Hipertansiyon Prevalansı

HT, Dünyada önlenabilir ölüm nedenleri arasında en önde gelen risk faktörlerinden biridir (Altun ve ark., 2005). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, World Health Organization) tarafından erişkinlerde HT prevalansının %35-46 arasında olduğu bildirilmektedir (World Health Organization, 1.Haziran.2018). HT sıklığının, ırk ve coğrafi bölgeye göre değişim gösterdiği bilinmektedir. HT'lu bireylerin çoğu, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (Arıcı ve ark., 2005; Kastarinen ve ark., 2009, Özkan ve Çölbay, 2008). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve pek çok Avrupa ülkesinde erişkin nüfusun yaklaşık %25-30'unda HT bulunmaktadır (World Health Organization, 1.Haziran.2018). Dünyada 2030 yılında gerçekleşeceği beklenen 23 milyon kardiyovasküler nedeni ölümün HT ile ilişkili olacağı ve bu ölümlerin %85'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (Chockalingam ve ark., 2006, Mathers ve Loncar, 2006). Al Kibria ve ark. (2018) tarafından Bangladeş'de yapılan bir çalışmada; JNC-7'ye göre bireylerin %25.7'sinde, ACC/AHA sınıflaması 2017'ye göre ise %48'inde HT saptanmıştır. Ploth ve ark. (2018) tarafından Tanzanya'nın kırsal bölgesinde yapılan

bir çalışmada prehipertansiyon prevalansı %38, HT prevalansı %19.9 olarak saptanmıştır. Nahimana ve ark. (2018) tarafından Ruanda'da yapılan bir çalışmada HT prevalansı % 15.3 olarak saptanmıştır

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Onat ve ark. (2004) tarafından yapılan 'Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)' çalışmasında; HT prevalansının %33.7 olduğu ve yaşla birlikte HT prevalansının arttığı saptanmıştır. Erel ve ark. (2004) tarafından gerçekleştirilen 'Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi'nde; toplumdaki HT prevalansı %10.8 (erkek: %11.3, kadın: %10.5) olarak saptanmıştır. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda, HT prevalansı %31.8 olarak saptanmıştır (Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, PatenT-2, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012). Kozan ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada ise (METSAR); HT prevalansı %41.7 olarak bulunmuştur. HT görülme sıklığı %31.8-%41.7 arasında değişmektedir (Altun ve ark., 2012; Arıcı ve ark., 2005; Onat ve ark., 2004; Sözmen ve ark., 2015). Altun ve ark. (2012) tarafından yapılan Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığı (CREDIT = In the Chronic Renal Disease In Turkey) çalışmasında HT sıklığı %32.7 olarak belirlenmiştir. Sözmen ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilen Balçova'nın Kalbi Projesi kapsamında HT sıklığı %40.9 (erkeklerde %39.5, kadınlarda %41.6) olarak saptanmıştır. Sengul ve ark. (2016) tarafından yapılan PatenT-2 çalışmasında HT görülme sıklığı %30.3 olarak saptanmıştır.

HT sıklığı, yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir (Özkan ve Çölbay, 2008). Arıcı ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, katılımcıların ortalama sistolik kan basıncı 127.9 ± 21.1 mmHg (erkeklerde 126.2 ± 17.4 mmHg, kadınlarda 129.8 ± 24.2 mmHg), ortalama diyastolik kan basıncı ise 81.4 ± 12.7 mmHg (erkeklerde 80.8 ± 11.0 mmHg, kadınlarda 82.0 ± 14.3 mmHg) olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada, ortalama sistolik kan basıncının her iki cinste yaşla birlikte artış gösterdiği belirlenmiştir Bununla birlikte, çalışmada toplumun ekonomik olarak etkin kabul edilen orta yaş (35-64 yaş) grubunda HT prevalansı %42.3 (erkeklerde %34.8, kadınlarda %50), geriatric grupta ise (≥ 65 yaş) %75.1 (erkeklerde %67.2, kadınlarda %81.7) olarak saptanmıştır.

HT sıklığı yaşla birlikte artmaktadır ve obezite, besin alımı, fiziksel aktivite , diyabet gibi risk faktörleri HT gelişimini tetiklemektedir (Aşık ve ark., 2018; World Health Organization, 1.Haziran.2018).

2.3. Hipertansiyonda Risk Faktörleri

HT risk faktörleri arasında heredite, cinsiyet, obezite, yaş, doğum kontrol ilaçları kullanımı, hareketsiz yaşam şekli, diyabet, yanlış beslenme, tuzlu diyetler, alkol, sigara kullanımı ve stres yer almaktadır (Forman ve ark, 2009; Frieden ve Jaffe, 2018; Fryar ve ark., 2012; Nacar ve Erbaydar, 2015; Wang ve ark., 2006).

HT gelişimi açısından, hastalar 3 sınıfta ele alınmaktadır (Brunner ve ark., 2005; Jepson, 2011, Öksüz, 2004);

- **Birinci sınıf (Düşük riskli grup):** Bireylerde hiçbir risk faktörü ya da hedef organ hasarı/klinik kardiyovasküler hastalık yoktur.
- **İkinci sınıf (Orta riskli grup):** Bireylerde diabetes mellitus hariç, bir major veya iki minor risk faktörü bulunmaktadır.
- **Üçüncü sınıf (Yüksek riskli grup):** Hastalarda diyabet ya da hedef organ hasarı/klinik kardiyovasküler hastalık bulunmaktadır.

2.4. Hipertansiyon Semptomları

HT, hiçbir belirti vermeden yıllarca gizli kalabilmekte ve tesadüfen ölçülen kan basıncı değerinin yüksek bulunması ile ortaya konulabilmektedir (Fryar ve ark., 2012; Gümrükçüoğlu ve ark., 2009; Nacar ve Erbaydar, 2015). HT'da en sık görülen belirtiler; enseden alın bölgesine doğru yayılan baş ağrısı, baş dönmesi, kulak uğultusu, kulak çınlaması, burun kanaması, çarpıntı, terleme ve sık idrara çıkmadır (Nacar ve Erbaydar, 2015).

2.5. Hipertansiyon Tanılaması

HT'da tanı işlemlerinin amacı;

- Kan basıncı düzeylerini belirlemek,

- HT'nun ikincil nedenlerini saptamak,
- Toplam kardiyovasküler riski değerlendirmektir.

Tanıya yönelik işlemler; tıbbi öykü alınmasını, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri yapılmasını içermektedir (Arıcı ve ark., 2005).

Tıbbi Öykü Alma: Ailede kardiyovasküler hastalık varlığı, risk faktörleri, hedef organ hasarı ve var olan hastalıklar veya eşlik eden klinik durumlar sorgulanır.

Fizik Muayene: Boy ve kilo ölçümü; kardiyovasküler sistem, solunum sistemi ve nörolojik sistem muayenesi; göz dibi, boyun ve batın muayenesini içermektedir (Acartürk ve ark., 2000).

Boy ve kilo ölçümü: Boy ve kilonun ölçülerek vücut kitle indeksi hesaplanmaktadır.

Kardiyovasküler sistem muayenesi: Kan basıncının her iki koldan ve en az iki kez uygun şekilde ölçülerek kaydedilmesini; nabız sayı ve tipinin belirlenmesini; kalp seslerinin dinlenmesini; periferik arter nabızlarında zayıflama ya da kaybolma veya üfürüm olup olmadığının değerlendirilmesini ve ödem kontrolününü içermektedir.

Solunum sistemi muayenesi: Raller ve bronkospazm olup olmadığı saptanmaktadır.

Nörolojik sistem muayenesi: Merkezi ve periferik sinirler değerlendirilerek ileti sorunları ve nörolojik sekellerin olup olmadığı saptanmaktadır.

Göz dibi muayenesi: Göz dibi kanaması ve görme kusurları olup olmadığı saptanmaktadır.

Boyun muayenesi: Karotis üfürümlerinin, venöz dolgunluğun ve tiroid büyümesinin olup olmadığı saptanmaktadır.

Batın muayenesi: Üfürüm, anormal pulsasyon, büyüme ya da kitle olup olmadığı saptanmaktadır.

Laboratuvar incelemeleri: Hastanın genel durumuna, şikayetlerine ve ilave hastalıklarına göre yapılacak olan tam idrar tahlili, kan sayımı, kan şekeri, lipid profili (total kolesterol, HDL/LDL-kolesterol, trigliserid vb.), böbrek fonksiyon testleri (kreatinin, üre, BUN), elektrolitler (Na, K, Mg, Ca, Cl), troid fonksiyon testleri (TSH, serbest T₃ ve serbest T₄), ürik asit, hemoglobin A1C ve/ya da früktozamin, kreatinin klirensi, mikroalbuminüri, 24 saatlik idrarda protein miktarı, aldosteron ve katekolaminlerin ölçümünü içermektedir (Acartürk ve ark., 2000; Öksüz, 2004). Bunların yanı sıra, gerekirse hastaya elektrokardiyografi, göğüs röntgenografisi, ekokardiyografi, batin ultrasonografisi, kraniyal bilgisayarlı tomografi, renal ve periferik arterlerin doppler ultrasonografik incelenmesi gibi ileri tetkikler de yapılmaktadır (Acartürk ve ark., 2000; Öksüz, 2004).

2.5.1. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

HT, etiyojisine ve kan basıncı değerlerine göre sınıflandırılmaktadır (Zungur ve Yıldız, 2004). HT, etiyojisine göre primer ve sekonder HT olmak üzere, iki grupta ele alınmaktadır (Aşık ve ark., 2018; Weber ve ark., 2014; Zungur ve Yıldız, 2004). HT'lu bireylerin %95'i primer (esansiyel) HT'na sahiptir ve bu hastalarda HT'nun nedeni belli değildir. HT'lu bireylerin %5'inde ise, parankimal böbrek hastalığı, renal arter stenozu, aşırı aldosteron salınımı, feokromasitoma hipertiroidi, Cushing Sendromu, hiperparatiroidi, hipotiroidi, akromegali, aort koarktasyonu ve uyku apnesi gibi nedenlere bağlı sekonder HT mevcuttur (Aşık ve ark., 2018; Weber ve ark., 2014; Zungur ve Yıldız, 2004).

HT'nun tanınmasında uluslararası düzeyde tanınan ve kullanılan HT sınıflamaları (JNC, AHA, ASH ve ESC vb.) kullanılmaktadır (Dönmez ve ark., 2015; Whelton ve ark., 2018). En son yayımlanan HT sınıflamaları şunlardır: JNC-8 (Tablo 2.1.), ESC-2013 (Tablo 2.2.), ASH/ISH-2014 (Tablo 2.3.), AHA-2017 (Tablo 2.4.).

Tablo 2.1. JNC-8'e göre hipertansiyon tanımı ve sınıflaması (Dönmez ve ark., 2015).

Kategori	Sistolik	Diyastolik
Normal	<120	ve <80
Prehipertansiyon	120 - 139	veya 80 - 89
Evre 1 HT	140 - 159	veya 90 - 99
Evre 2 HT	≥160	veya ≥100

Tablo 2.2. ESC-2013'e göre hipertansiyon tanımı ve sınıflaması (Dönmez ve ark., 2015).

Kategori	Sistolik	Diyastolik
Optimal	<120	<80
Normal	120 - 129	ve/veya 80 - 84
Yüksek Normal	130 - 139	ve/veya 85 - 89
Evre 1 HT	140 - 159	ve/veya 90 - 99
Evre 2 HT	160 - 179	ve/veya 100 - 109
Evre 3 HT	>180	ve/veya >110
İzole Sistolik HT	>140	ve/veya <90

Tablo 2.3. ASH/ISH-2014'e göre hipertansiyon tanımı ve sınıflaması (Barçın, 2014).

Kategori	Sistolik	Diyastolik
Prehipertansiyon	120 - 139	veya 80 - 89
Evre 1 HT	140 - 159	veya 90 - 99
Evre 2 HT	≥ 160	veya ≥ 100
İzole sistolik HT	≥ 140	ve < 90

Tablo 2.4. AHA-2017'ye göre hipertansiyon sınıflandırması (Barçın, 2014).

Kan basıncı kategorisi	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Normal	120'den daha az	ve	80'den daha az
Yüksek	120 - 129	ve	80'den daha az
Yüksek KB (Stage1)	130 - 139	veya	80 - 89
Yüksek KB (Stage2)	140 veya daha yüksek	veya	90 veya daha yüksek
Hipertansiyon Krizi	180'den daha yüksek	ve/veya	120'den daha yüksek

Kan basıncı değerine göre sınıflamaların yer aldığı HT kılavuzlarında, tanım ve sınıflama birbirlerine göre bazı farklılıklar göstermekle birlikte, kendi içerisinde de yıllar içerisinde sürekli değişim göstermektedir (Aşık ve ark., 2018; Barçın, 2014; Kovell ve ark., 2015; Mancia ve ark., 2007; Whelton ve ark., 2018).

2.5.2. Hipertansiyon Tanı ve Takibinde Kullanılan Yöntemler

Kan basıncı, hem gün içinde hem de günden güne, hatta mevsimden mevsime büyük ve spontan dalgalanmalar gösterebildiğinden, HT tanısı, belirli bir zaman aralığında, farklı zamanlarda yapılan birden çok kan basıncı ölçümüne dayanmaktadır (Dönmez ve ark., 2015; Özdemir ve ark., 2005; Öztürk ve ark., 2011). HT tanısı için muayene sırasında en az iki kan basıncı ölçümü yapılması önerilmektedir (Dönmez ve ark., 2015). Hastada kan basıncı yükselmesi belirginse, HT ile bağlantılı organ hasarını gösteren belirti ve bulgular varsa veya kardiyovasküler risk profili yüksek ya da çok yüksekse, kısa aralıklarla (haftalar veya günler) ölçümlerin tekrarlanması önerilmektedir (Onat ve ark., 2002). Kan basıncı, hekim veya hemşire tarafından muayenehane veya klinikte, hasta veya bir yakını tarafından evde veya tansiyon holter cihazı aracılığı ile otomatik olarak 24 saat boyunca ölçülebilmektedir (Dönmez ve ark., 2015; Onat ve ark., 2002; Pa ve ark., 2013; Whelton ve ark., 2018).

HT kılavuzlarında tanı kriterleri, kan basıncının ölçüldüğü yere ve zamana göre farklılıklar göstermektedir (Arıcı, 2004; Barçın, 2014; Dönmez ve ark., 2015; Kovell ve ark., 2015) (Tablo 2.5., Tablo 2.6.).

Tablo 2.5. ESH/ESC-2013'e göre hipertansiyonun sınıflandırılması (Dönmez ve ark., 2015).

Kategori		Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Ofiste Kan Basıncı		>140	ve/veya >80
Ambulatuvar Kan Basıncı	Gündüz (Uyanıkken)	>135	ve/veya >85
	Gece (Uyurken)	>120	ve/veya >70
	24 saat	>130	ve/veya >80
Evde Ölçülen Kan Basıncı		>135	ve/veya >85

Tablo 2.6. JNC-7'ye göre ölçüm yerine ve zamanına göre kan basıncı tanı kriterleri (Arıcı, 2004).

	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Muayenehanedeki	140	90
24 saatlik	125 - 130	80
Gündüz	130 - 135	85
Gece	120	70
Ev	130 -135	85

2.6. Hipertansiyon Tedavisi

HT tedavisinin amacı, sadece kan basıncının düşürülmesi değil, aynı zamanda komplikasyonların önlenmesi ve riskin azaltılmasıdır (Öksüz, 2004). Tedavi, farmakolojik tedavi ve non-farmakolojik tedavi olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Acartürk ve ark., 2000).

2.6.1. Farmakolojik Tedavi

HT tedavisinde kullanılan ilaçlar; diüretikler, adrenerjik blokerler, kalsiyum antagonistleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri olmak üzere 5 grupta ele alınmaktadır (Al Khaja ve ark., 2015; Barçın, 2014).

Diüretikler: Sıvı volümün azalmasını sağlayarak kan basıncının düşmesine katkıda bulunan ilaçlardır. HT'nun sodyuma duyarlı ve sıvı volümü ilişkili formlarında kullanılmaktadır (Khan, 2005; Oates ve ark.,1995).

Adrenerjik Blokerler: SSS'ni etkileyerek kan basıncının düşmesine yardımcı olmaktadır. Miyokard üzerinde yaptıkları negatif (-) inotrop etki sonucu kalp kontraktilitesini azaltarak kalp hızını ve debisini azalmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, böbreklerden renin salınımını inhibe etmektedirler (Nayler ve ark., 1987; Weber ve ark., 2014).

Anjiyotensin Konverting Enzim İnhibitörleri: Anjiyotensin I'in anjiyotensin II'ye dönüşünü sağlayan anjiyotensin dönüştürücü enzimi inhibe ederek vazokonstrüktör olan AII'nin oluşumunu engellemekte ve vazodilatör olan bradikininin

artışına neden olmaktadır (Weber ve ark., 2014). Bu durum, vazokonstriksiyonun önlenmesi ve vazodilatasyon sonucu periferik damar direncinin düşmesi ile sonuçlanmaktadır (Laurence ve ve Bennett, 1992).

Anjiyotensin II Reseptör Antagonistleri: Anjiyotensin II, gösterdiği etkilerin çoğunu anjiyotensin I reseptörleri aracılığıyla yapmaktadır. Anjiyotensin II reseptör antagonistleri, anjiyotensin I reseptörlerini bloke ederek anjiyotensin II'nin kan basıncının artışına neden olan etkilerini bloke etmektedirler (Psaty ve ark., 1997)

Kalsiyum Kanal Blokerleri: Damar düz kası ve miyokard hücrelerine Ca^{+2} girişini azaltarak eksitasyon kontraksiyon ilişkisini bozmakta ve vazodilatasyona neden olmaktadır. Bunun sonucunda periferik direncin azalmaktadır (Weber ve ark., 2014).

HT tedavisinde kullanılan ilaçlar, tekli ya da kombinasyon şeklinde kullanılmaktadır (Galiè ve ark., 2016; Weber ve ark., 2014). Üçlü ya da dördü ilaç kombinasyonu kullanılması gerektiği zaman, bu ilaçlardan birinin diüretik olması gerekmektedir (Galiè ve ark., 2016; Whelton ve ark., 2018). İlaç tedavisi uygulanırken, en düşük dozda başlanmalı ve optimal kan basıncı sağlanıncaya kadar hastanın toleransına göre ilaç dozu artırılmaktadır (Whelton ve ark., 2018).

2.6.2. Non-Farmakolojik Tedavi

Non-farmakolojik tedavi; ilaç tedavisine başlamadan önce ya da ilaç tedavisiyle birlikte yapılması gereken kilo verme, tuz tüketiminin azaltılması, haftada 4 kez 30-45 dakika egzersiz yapma, sebze ve meyve tüketimini artırma, sigarayı bırakma, alkol tüketimini sınırlama, stresi azaltma gibi yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir (Cifu ve Davis, 2017).

HT tedavisi sırasında, kan basıncını ve kardiyovasküler riski etkileyen yaşam tarzı değişiklikleri ve beslenme alışkanlıkları, her kontrolde mutlaka gözden geçirilmeli ve tüm bu faktörleri de kapsayacak şekilde bireye özgü bir tedavi planı oluşturulmalıdır (Acartürk ve ark., 2000; Cifu ve Davis, 2017).

2.7. Hipertansiyon Komplikasyonları

HT'da retinopati, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, sol ventrikül hipertrofisi, hemipleji, ateroskleroz, ensefalopati, tromboembolizm, hemoraji, böbrek yetmezliği, hipertansif nefroskleroz gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Aşık ve ark, 2018; Akçiçek, 2000; Akpolat, 1999; Li ve ark., 2005). Hipertansif hastaların %50'si koroner kalp hastalığından ve konjestif yetmezlikten, %33'ü inme ve %10 - 15'i de böbrek yetmezliğinden kaybedilmektedir (Cifu ve Davis, 2017; Gök, 1996; Kovell ve ark., 2015).

2.8. Hipertansiyonda Cinsel Disfonksiyon

WHO, sağlıklı cinselliği 'somatik, emosyonel, entellektüel ve sosyal bileşikleri pozitif yönde bütünleştiren, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bütünlük' olarak tanımlamaktadır (Karakoyunlu ve Öncel, 2009; Şahin ve Ertekin 2009; Whitworth, 2003). Cinsel sağlık; cinsel açıdan bedensel, duygusal ve toplumsal tam bir iyilik hali olup, sağlığının ayrılmaz bir parçası ve kadın-erkek, genç-yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır (Karakoyunlu ve Öncel, 2009; Kostis ve ark., 2005). Bireyin genetik yapısı, psikoseksüel gelişimi, geçmiş cinsel deneyimleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel inanışları, geçirilen hastalık ve ameliyatlar cinsel davranış ve cinsel sağlığı etkilemektedir (Boztosun ve ark., 2007; Şahin ve Ertekin 2009; Turan ve ark., 2014; Vicdan ve Özer, 2011). Lunelli ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada obezite, HT, diyabet, menopoz gibi risk faktörlerinin ve kullanılan bazı ilaçların CD'na neden olabileceği saptanmıştır.

Cinsel aktivite sırasında bireyin kalp atımı, kan basıncı ve kalbin oksijen tüketimi artmaktadır (Eyada ve Atwa, 2007; Lunelli ve ark., 2008). Kalp atımı 130/dak'a, sistolik kan basıncı 170 mmHg'ya kadar yükselmektedir (Bernardo ve ark., 2001). Cinsel aktivite sırasında gerçekleşen bu fizyolojik değişiklikler, tedavi gerektirmemekte ve cinsel sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Kloner, 2007; Yaylali ve ark., 2010).

Cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) ise her iki cinste de psiko-fizyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan, cinsel yanıt döngüsünde ve cinsel istekte bozukluklar ile karakterize bir durumdur (Gölbaşı ve ark., 2014). Kardiyovasküler

hastalığı olan bireylerde CD prevalansı genel popülasyona göre daha fazladır (Bardage ve Isacson, 2001; Kloner, 2007). CD, hipertansif hastalarda sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (Latif ve ark., 2014). HT'lu hastalarda CD, endotel hasarı gibi hastalığın patofizyolojisinden kaynaklanan etkiler ya da tedavide kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Latif ve ark., 2014; Özcan ve Kızılkaya Beji, 2014). HT tedavisinde kullanılan ilaçların bazıları da [diüretikler, beta-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri (ACEI), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) vb.] hem fizyolojik, hem de psikolojik mekanizmalarla CD'na neden olmaktadır (Grimm ve ark., 1997; Latif ve ark., 2014). Özellikle genç yaşta kardiyovasküler olayların fazla görüldüğü toplumlarda, CD'nun saptanması ve tedavi edilmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından son derece önemlidir (Boztosun ve ark., 2007, Vicdan ve Özer, 2011).

2.8.1. Hipertansiyonda Cinsel Disfonksiyonun Tanılanması

CD'nun tanılanması, öykü alma, sorgulama formlarının uygulanması, fizik muayenenin ve laboratuvar testlerinin yapılması olmak üzere 5 bileşenden oluşmaktadır (Davis ve ark., 2009; Manolis ve ark., 2011).

Öykü Alma

Cinsel fonksiyonun tanılanmasındaki en önemli nokta, hastanın tıbbi durumuna ve cinsel yaşamına ilişkin bilgileri içeren, ayrıntılı ve sistematik bir öykünün alınmasıdır (Fıfşkın ve Kızılkaya Beji, 2014). Cinsel öyküde, kişinin cinsel fonksiyonlarının şimdiki durumunu, zaman içindeki değişikliklerini, eşlerin her birinin doyum düzeyini, cinsel yaşam ile ilgili sorunlarını, cinsel tedavi geçmişini, bireyin daha önceki cinsel deneyimlerini, geçirdiği ameliyatlarını, var olan hastalıklarını, kullandığı ilaçlarını, disfonksiyona neden olabilecek risk faktörlerini, toplumsal değer yargılarını, cinsiyete özgü rol ve beklentilerini, cinsel inançlarını içeren ayrıntılı bir anamnez alınmaktadır (Boyle ve Burnett, 2010; Manolis ve ark., 2011; Yılmaz ve Kucur, 2007). CD varlığı saptanan bireylerde, cinsel fonksiyonun hangi aşamasının etkilendiği, sorunun ortaya çıkmasına katkıda bulunan faktörlerin neler olduğu, cinsel fonksiyon bozukluğunun organik mi, psikolojik kökenli mi yoksa ikisinin karışımı bir etiyolojiye mi sahip olduğunu belirlemek için daha ayrıntılı anamnez alınmakta, cinsel fonksiyon değerlendirme formları uygulanmakta,

fizik muayene ve çeşitli laboratuvar testleri yapılmaktadır (Huan ve Jian, 2017, Manolis ve ark., 2011).

Değerlendirme Formları

Kadın ve erkek CD tanı ve tedavisinde kullanılan cinsel sorgulama formları; disfonksiyonlu kişilerin, disfonksiyon şiddetinin, tedavi sonrası memnuniyetin, tedaviye cevabın, CD'nun birey/çiftin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır [National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance ve London: Royal College of Physicians (UK), 2011]. En yaygın kullanılan cinsel değerlendirme formlarından bazıları, aşağıdaki tabloda verilmektedir (Tablo 2.7.).

Tablo 2.7. En Yaygın Kullanılan Cinsel Fonksiyon Değerlendirme Formları (Fıskın ve Beji, 2014).

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

Fizik Muayene

Fizik muayene, tüm diğer hastalıkların tanısında olduğu gibi cinsel fonksiyon bozukluğunun tanılmasında da kullanılan en önemli bileşenlerden biridir (Reboussin ve ark., 2018). Fizik muayene, nörolojik ve vasküler sistem muayenesinin yanı sıra iç ve dış genital organların inspeksiyon ve palpasyonunu içermektedir (Whelton ve ark., 2018).

Kadına yönelik yapılan fizik muayene: Tansiyon ölçümü, periferel 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 tuşe ile üretra, rektum, uterus, adneksler ve pelvik taban adele tonusu ile prolapsusu değerlendirilmektedir (Reboussin ve ark., 2018).

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

Tanı 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), hemogloblin A1C (HBA1C), açlık kan şekeri testi gibi testlerin yanı sıra serotonin, dopamin, epinefrin, norepinefrin, histamin, opioidler, gama amino bütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler ve nöropeptitleri içeren laboratuvar testleri yapılmaktadır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014).

CD'nun altında yatan patofizyolojik mekanizmanın (vasküler, hormonal ve nörolojik) daha iyi anlaşılması için, genital kan akımı ölçümü, vajinal pH ölçümü, vajinal kompliyans ölçümü, genital duyarlılık testi (biothesiometri testi), vajinal ısı ölçümü, fonksiyonel MRI ve PET (positron emission tomography), noktural penil tümesans ve sertlik testi (NPT) ve intrakavernozal enjeksiyon testi gibi bazı özel testler yapılmaktadır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014).

Hipertansiyonda Cinsel Disfonksiyonun Tedavisi

CD'nun tedavisinde, en önemli nokta, altta yatan nedenin belirlenmesidir (Montejo ve ark., 2001). CD; organik bir nedene, cerrahi bir girişime, kullanılan bir ilaca veya ruhsal bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Manolis ve ark., 2011; Montejo ve ark., 2001). Tedavi altta yatan nedene yönelik yapılmaktadır

(Dahlöf ve ark., 2005; Frühauf ve ark., 2013). Bununla birlikte, CD organik nedenin psikolojik bir bileşeni de bulunabilmektedir (Frühauf ve ark., 2013; Sarwer ve ark., 2012). Psikolojik kökenli cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde, danışan birey ve çiftin özellikleri ve gereksinmelerine uygun, seks terapileri olarak bilinen bir yaklaşım kullanılmaktadır (Yıldırım, 2014).

2.9. Hipertansiyonda Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi

Cinsel fonksiyon bozukluğu, sık görülen, kadının ve erkeğin yaşam kalitesini ve özgüvenini azaltan, yalnızlık duygusuna neden olan ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilen bir sağlık sorunudur (Aydemir, 2006; Davis ve ark., 2009; Laumann ve ark., 1999; Sarwer ve ark., 2012). Kişi cinsel hayatındaki olumsuzlukları kendine, çevresindekilere (aile ve iş hayatına) yöneltmekte bununla birlikte pek çok olumsuz geri dönüş ile baş etmekte zorunda kalmaktadır. Erkeklerde, erektil disfonksiyon ve erken erekte olma; kadınlarda, orgazm olamama ve lubrikasyon bozukluğu, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Güvel ve ark., 2003; İncesu, 2004; Laumann ve ark., 1999; Sarwer ve ark., 2012). Dogan ve ark. (2013) evli kadınlarda cinsel yaşam ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; cinsel yaşamın yaşam kalitesi üzerine önemli etkileri olduğu sonucuna ulaşmışlardır Sarwer ve ark. (2012); kronik hastalıklar ve cinsel yaşamı birlikte ele alarak bu değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine hem erkek, hem de kadın olgularda olumsuz etkileri olduğunu belirtmişlerdir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, HT'lu hastalarda CD prevalansını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, en az 1 yıl önce klinik ve laboratuvar bulguları ile HT tanısı konmuş, evli ve cinsel aktif hastalarda CD'nu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı araştırma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Aşamaları

1. Aşama: Kardiyoloji kliniğinde yatan hipertansif hastalardan araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların belirlenmesi, bu hastalara değerlendirme formlarının doldurulması,

2. Aşama: Hasta dosyalarından laboratuvar bulgularına ilişkin verilerin alınması,

3. Aşama: Toplanan tüm verilerin birleştirilmesi ve değerlendirilmesi,

4. Aşama: Araştırmanın yazılması.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ocak 2017 - Haziran 2017 tarihleri arasında, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ocak 2017 - Haziran 2017 tarihleri arasında, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yatan, en az 1 yıl önce HT tanısı konmuş, evli ve cinsel aktif hastalar; örneklemini ise Ocak 2017 - Haziran 2017 tarihleri arasında, Kardiyoloji Kliniği'nde yatan, araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Kriterleri

- Dahil edilme kriterleri:
- Araştırmaya katılmayı kabul etme
 - HT tanısı almış olma (En az 1 yıl önce)
 - Evli ya da düzenli cinsel partneri olma
- Dahil edilmeme kriterleri:
- Algılama bozukluğu
 - Hormon replasman tedavisi kullanma

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Veriler, sosyodemografik özellikleri ve HT ile CD'na ilişkin risk faktörlerini, olguların cinselliğe karşı tutumlarını içeren genel bilgi formu (EK-1.), cinsel fonksiyonlar ile ilgili durumun sorgulandığı uluslararası cinsel fonksiyon değerlendirme formları; kadınlar için Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (EK-2.), erkekler için Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EK-3.); olguların yaşam kalitesi durumunu belirlemede SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4.) aracılığı ile toplanmıştır.

Genel Bilgi Formu (EK-1.): Form, bireye ilişkin sosyodemografik özellikleri, HT ile CD'na ilişkin risk faktörlerini, tedaviye ilişkin özellikleri, cinselliği etkileyebilecek faktörleri ve olguların cinselliğe karşı tutumlarını içermektedir. Bu formda yer alan bilgiler hastaların bireysel ifadeleri ve hasta kayıtları incelenerek doldurulmuştur.

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index - FSFI)

(EK-2): Rosen ve ark. (2000) tarafından kadın cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. 19 maddelik çok boyutlu bir ölçektir. Ölçek, son 4 haftadaki cinsel sorunları ya da fonksiyonları değerlendirmektedir. İstek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, genel tatmin ve ağrı olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Ölçekte 3-14 ve 15-19. sorular 6'lı (0-5 puan arası) likert tipi, diğer sorular 5'li (1-5 puan arası) likert tipi puanlamaya sahiptir. Son 1 ay içerisinde cinsel ilişkide bulunanlara uygulanabilen skala, negatif olarak puanlanır ve puan arttıkça CD yok ya da az şeklinde yorumlanır. Skaladan alınabilecek en yüksek puan 36.0 en düşük puan ise 2.0'dır. Ölçeğin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2005 yılında Aygin ve Eti Aslan (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı 26.55'tir. 26.55 ve altında puana sahip olanlarda CD olduğu kabul edilmektedir. Rosen'ın çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığına bakılırken Cronbach Alpha katsayılarını her alt boyut için ayrı ayrı değerlendirmiş ve Cronbach Alpha katsayısının 0.89 ile 0.97 arasında değiştiği bulmuştur (Rosen ve ark., 2000). Türkçe'ye uyarlaması Aygin ve Eti Aslan (2005) tarafından yapılan ölçeğin iç tutarlılık analizinde alt boyutlar için Cronbach Alpha katsayısının 0.89 ile 0.98 arasında değiştiği ve ölçeğin Türk kadını için güvenle kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğunu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da tüm ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri 0.97 olarak saptanmıştır.

Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (International Index of Erectile Function - IIEF) (EK-3): Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 32 dilde geçerlilik ve güvenilirliği yapılan (Rosen ve ark., 1997; Rosen ve ark., 2002), Türk Androloji Derneği tarafından da onaylanan Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (IIEF), erkek cinsel fonksiyonu ile ilgili yönleri değerlendirmek amacıyla kullanılır. Form ile değerlendirilen cinsel yönler; erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, cinsel birleşmeden duyulan tatmin ve genel tatmindir. Toplam 15 sorudan oluşan bu formda cinsel fonksiyon ile ilgili 5 alt başlığın puanı birbirinden farklıdır. Formda 11, 12 ve 15. sorular 6'lı (0 - 5 puan arası) likert tipi, diğer sorular 5'li (1 - 5 puan arası) likert tipi puanlamaya sahiptir. Son bir ay içerisinde cinsel ilişkide bulunanlara uygulanabilen skala, negatif olarak puanlanır ve puan arttıkça CD yok ya da az şeklinde yorumlanır. Formdan skaladan alınabilecek en yüksek puan 75 en düşük puan ise 5'tir (Rosen ve ark., 2002). Rosen ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığına bakılırken Cronbach Alpha

katsayılarını her alt boyut için ayrı ayrı değerlendirmiş ve Cronbach Alpha katsayısının 0.73 ile 0.91 arasında değiştiği bulunmuştur (Rosen ve ark., 2002). Ölçek Türk Androloji Derneği tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Bizim çalışmamızda Cronbach Alpha değerleri 0.96 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin alt gruplarına ait Cronbach Alpha değerleri bu çalışmada 0.61 ile 0.94 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da tüm ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak saptanmıştır.

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 üzere 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 geçerliliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Pınar (1995) çalışmasında; SF-36'nın Cronbach Alfa değerini 0.91 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da tüm ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak saptanmıştır.

3.6.2. Uygulama

Kardiyoloji Kliniği'nde yatan hipertansif hastalardan araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerle uygun bir ortamda yalnız ve yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak; sosyo-demografik ve hastalıkla ilişkili özellikler ile hipertansif ve CD'na ilişkin risk faktörlerini içeren genel bilgi formu, cinsel fonksiyonlar ile ilgili durumun sorgulandığı uluslararası cinsel fonksiyon değerlendirme formları; kadınlar için Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) ve erkekler için Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (IIEF); yaşam kalitesi düzeyini belirlemek için SF-36 Health Survey değerlendirme formları doldurulmuştur. Hastalarla ayrı bir odadada yalnız yapılan görüşmeler ve formların doldurulması 30-45 dakikalık sürelerde tamamlanmıştır. Daha sonra klinik izni

dahilinde hasta dosyalarından laboratuvar bulgularına ilişkin veriler alınmıştır. Son olarak da toplanan tüm veriler birleştirilerek değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: CD, CD ölçek puanları (IFSF, IIEF).

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler, sağlık durumuna ilişkin özellikler, evlilik ve cinsel yaşama ilişkin özellikler, yaşam kalitesi ölçek puanı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 20 paket programı ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Skewness ve Kurtosis Testi aracılığı ile belirlenmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; ki-kare, t-Testi, Pearson korelasyon Testi ve one-way Anova Testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik yönü

Araştırma öncesi, araştırmanın yapılacağı kurumdan ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK-6.). Çalışma boyunca, Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalınmış ve araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması, araştırma sonuçlarının tüm hipertansif hastalara genellenmesini sınırlamaktadır.

4. BULGULAR

Yaş ortalamaları 54.59 ± 6.79 olan olguların %48'i kadındır. Olguların tamamı evlidir. Olguların % 90.2'si çocuk sahibidir. Olguların %33.3'ü ortaokul mezunudur, %28.4'ünün eşi ilkokul mezunudur. Olguların %45.1'inin kendisi, %41.2'sinin eşi ev hanımıdır. Olguların %69.6'sı çalışmamaktadır, %31.4'ünün ise eşi çalışmamaktadır. Olguların %47.1'i maaş dışı bireysel gelire sahiptir. Olguların %82.4'ünün ekonomik durumu, gelir gidere denktir (Tablo 1.).

HT tanı süresi ortalama $11,00 \pm 6,60$ olan olguların sistolik kan basıncı ortalaması $152,04 \pm 13,66$, diastolik kan basıncı ortalaması 79.52 ± 14.76 'dır. Olguların %18.6'sı sigara, %4.9'u alkol kullanmaktadır ve %3.9'u düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Olguların %34.3'ünde obezite, %56.9'unda diyabet, %71.6'sında kalp yetersizliği, %88.2'sinde koroner arter hastalığı mevcuttur. Kadın olguların %79.6'sı menopoza girmiştir. Olguların %48'inde total kolesterol (200-240 mg/dl), %6.9'unda trigliserid (150-199 md/dl), %11.8'inde HDL(40-60 mg/dl), %97.1'inde LDL(130-159 mg/dl), %95.1'inde VLDL(2-30 mg/dl) risk düzeyindedir (Tablo 2.).

Olguların %15.7'si anjiyotensin reseptör blokeri, %13.7'si anjiyotensin konverting enzim inhibitörü, %13.7'si kalsiyum kanal blokeri, %45.1'i beta-bloker, %40.2'si vazodilatör, %63.7'si diüretik, %33.3'ü antidiyabetik ve %2'si anti-lipidemik kullanmaktadır (Tablo 3.).

Kadın olguların FSFI alt gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde (Tablo 5.); kadın olguların aldıkları en yüksek puanı cinsel istek alt grubundan, en düşük puanı ise ağrı alt grubundan saptanmıştır. FSFI ortalama puanı 17.92 ± 8.47 olarak saptanmıştır. Kadınların %69.4'ünde CD saptanmıştır.

Erkek olguların IIEF alt gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.); erkek olguların aldıkları en yüksek puanın cinsel istek alt grubundan, en düşük puanın ise ilişki tatmini alt grubundan alındığı saptanmıştır.

IIEF ortalama puanı 44.90 ± 17.29 olarak saptanmıştır. Erkeklerin %90.6'ında CD saptanmıştır.

Tablo 4.1. Olguların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n = 102).

Değişken adı		n	%
Yaş	(Ort± SS)	54,59±6,79	DA=34-65
Cinsiyet	Kadın	49	48,0
	Erkek	53	52,0
Çocuk	Var	92	90,2
	Yok	10	9,8
Öğrenim Durumu	Okur-yazar	9	8,8
	İlkokul	22	21,6
	Ortaokul	34	33,3
	Lise	27	26,5
	Ön lisans	6	5,9
	Lisans	3	2,9
	Lisansüstü	1	1,0
Eşin Öğrenim Durumu	Okuma yazma yok	5	4,9
	Okur-yazar	10	9,8
	İlkokul	22	21,6
	Ortaokul	29	28,4
	Lise	27	26,5
	Ön lisans	6	5,9
	Lisans	2	2,0
Lisansüstü	1	1,0	
Meslek	Emekli	28	27,5
	İşçi	21	20,6
	Serbest meslek	7	6,9
	Ev hanımı	46	45,1
Eşin mesleği	Memur	4	3,9
	Emekli	32	31,4
	İşçi	19	18,6
	Serbest meslek	3	2,9
	Ev hanımı	44	43,1
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	71	69,6
	Çalışıyor	31	30,4
Eşin çalışma durumu	Çalışmıyor	32	31,4
	Çalışıyor	70	68,6
Maaş dışı bireysel gelir	Var	48	47,1
	Yok	54	52,9
Gelir Durumu	Gelir giderden az	5	4,9
	Gelir gidere eşit	84	82,4
	Gelir giderden fazla	13	12,7

Tablo 4.2. Olgularda sağlık durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı (n = 102).

Değişken adı		n	%
Hipertansiyon süresi (yıl)	(Ort ±SS)	11,00±6,60	DA=1-36
Sistolik kan basıncı	(Ort ±SS)	152,04±13,66	DA=130,00-200,00
Diastolik kan basıncı	(Ort ±SS)	79,52±14,76	DA=50,00-100,00
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	19	18,6
	Bırakmış	30	29,4
	Kullanmıyor	53	52,0
Alkol kullanımı	Kullanıyor	5	4,9
	Bırakmış	1	1,0
	Kullanmıyor	96	94,1
Düzenli egzersiz	Yapıyor	4	3,9
	Yapmıyor	98	96,1
Obezite	Var	35	34,3
	Yok	67	65,7
Diyabet (DM)	Var	58	56,9
	Yok	44	43,1
Kalp Yetmezliği (KY)	Var	73	71,6
	Yok	29	28,4
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	Var	90	88,2
	Yok	12	11,8
Menopoz (Kadın, n=49)	Var	39	79,6
	Yok	10	20,4
Total kolesterol (200-240mg/dl)	Risk Var	49	48,0
	Risk Yok	53	52,0
Trigliserid (150-199 mg/dl)	Risk Var	7	6,9
	Risk Yok	95	93,1
HDL (40-60 mg/dl)	Risk Var	12	11,8
	Risk Yok	90	88,2
LDL (130-159 mg/dl)	Risk Var	99	97,1
	Risk Yok	3	2,9
VLDL (2-30 mg/dl)	Risk Var	97	95,1
	Risk Yok	5	4,9

Tablo 4.3. Olgularda tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı (n = 102).

Değişken adı		n	%
Anjiyotensin reseptör blokleri (ARB)	Yok	86	84,3
	Var	16	15,7
Anjiyotensin converting enzim inhibitörü (ACEİ)	Yok	88	86,3
	Var	14	13,7
Kalsiyum kanal blokleri	Yok	88	86,3
	Var	14	13,7
Betabloker	Yok	56	54,9
	Var	46	45,1
Vazodilatör	Yok	61	59,8
	Var	41	40,2
Diüretik	Yok	37	36,3
	Var	65	63,7
Antidiyabetik	Yok	68	66,7
	Var	34	33,3
Antilipidemik	Yok	100	98,0
	Var	2	2,0

Tablo 4.4. Olgularda CD varlığına ilişkin özelliklerin dağılımı (n= 102).

Değişken adı		n	%
Kadın+Erkek	CD Var	82	80,4
	CD Yok	20	19,6
Kadın	CD Yok	34	69,4
	CD Var	15	30,6
Erkek	CD Yok	48	90,6
	CD Var	5	9,4

Olguların %80.4'ünde cinsel disfonksiyon varlığı saptanmıştır. Kadınların %69.4'ünde, erkeklerin %90.6'sında cinsel disfonksiyon saptanmıştır (Tablo 4.).

Tablo 4.5. Kadın olguların FSFI alt gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı (n = 49).

FSFI Alt Grupları	Ort ± SS	Dağılım Aralığı	Alt-Üst Sınır
Cinsel istek	5,17±0,76	3,60-6,00	1,20-6,00
Uyarılma	2,71±2,02	1,20-6,00	0,00-6,00
Lubrikasyon	2,64±1,93	1,20-6,00	0,00-6,00
Orgazmik fonksiyon	2,67±1,96	1,20-5,60	0,00-6,00
Doyum	2,52±1,84	1,20-6,00	0,80-6,00
Ağrı	2,18±1,39	1,20-5,20	0,00-6,00
Toplam	17,92±8,47	10,80-31,00	0,20-36,00

Tablo 4.6. Erkek olguların IIEF alt gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı (n = 53).

IIEF Alt Grupları	Ort ± SS	Dağılım Aralığı	Alt-Üst Sınır
Erektile fonksiyon	16,07±8,06	6,00-28,00	5,00-30,00
Orgazmik fonksiyon	5,05±3,54	2,00-10,00	2,00-10,00
Cinsel istek	8,52±1,26	6,00-10,00	0,00-10,00
İlişki tatmini	6,96±4,45	3,00-13,00	3,00-15,00
Genel Tatmin	8,26±3,11	2,00-10,00	2,00-10,00
Toplam	44,88±17,27	19,00-68,00	12,00-75,00

Olguların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde (Tablo 7.); olguların aldıkları en yüksek puanı sosyal fonksiyon alt grubundan (41.54 ± 19.60), en düşük puanın ise fiziksel rol fonksiyon alt grubundan (8.33 ± 15.06) alındığı saptanmıştır. Yaşam kalitesi fiziksel boyut puanı 23.67 ± 12.35 , mental boyut puanı 25.67 ± 13.39 ve ortalama toplam yaşam kalitesi puanı 24.67 ± 12.18 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.7. Olguların yaşam kalitesi puanlarının dağılımı (n = 102).

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Ort \pm SS	Dağılım Aralığı	Alt-Üst Sınır
Fiziksel.Fonksiyon	32,35 \pm 23,37	0,00-90,00	0,00-100,00
Fiziksel Rol Fonksiyon	8,33 \pm 15,06	0,00-50,00	0,00-100,00
Ağrı	24,41 \pm 13,46	0,00-60,00	0,00-100,00
Genel Sağlık Algısı	29,60 \pm 11,91	5,00-60,00	0,00-100,00
Zindelik	12,74 \pm 9,40	0,00-50,00	0,00-100,00
Sosyal Fonksiyon	41,54 \pm 19,60	0,00-100,00	0,00-100,00
Mental Rol Fonksiyon	14,37 \pm 26,33	0,00-100,00	0,00-100,00
Mental Sağlık	34,03 \pm 12,30	8,00-60,00	0,00-100,00
Fiziksel Boyut	23,67 \pm 12,35	2,50-57,50	0,00-100,00
Mental Boyut	25,67 \pm 13,39	5,00-70,25	0,00-100,00
SF36 Toplam	24,67 \pm 12,18	4,38-63,88	0,00-100,00

Olgularda, sosyodemografik özelliklerin CD varlığına göre farklılık gösterip göstermediğinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 8.); sosyodemografik özelliklerden yaş, cinsiyet, eşin mesleği ve eşin çalışma durumunun CD varlığını etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$). CD saptanan olgularda yaşın; kadınlarda CD varlığının; eşin işçi veya memur olanlarda CD varlığının anlamlı fark yaratacak şekilde beklenenden yüksek olduğu; eşi çalışanlarda CD varlığının anlamlı fark yaratacak şekilde beklenenden yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.8. Sosyodemografik özelliklerin cinsel disfonksiyon varlığına göre dağılımı (n = 102).

Değişken adı		CD VAR	CD YOK	Anlamlılık
Yaş	(Ort± SS)	55,37±6,44	51,40±7,38	t=2,404 p=0,018
Cinsiyet	Kadın Erkek	34 48	15 5	^{¥¥} p=0,011*
Çocuk	Var Yok	73 9	19 1	^{¥¥} p=0,682*
Öğrenim Durumu	Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Ön lisans Lisans Lisansüstü	7 18 26 22 6 2 1	2 4 8 5 0 1 0	^{¥¥¥} x=2,485 p=0,870***
Eşin Öğrenim Durumu	Okuma yazma yok Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Ön lisans Lisans Lisansüstü	4 10 20 22 19 5 1 1	1 0 2 7 8 1 1 0	^{¥¥¥} x=7,530 p=0,376***
Meslek	Emekli İşçi Serbest meslek Ev hanımı	24 18 5 35	4 3 2 11	^{¥¥¥} x=1,778 p=0,620***
Eşin mesleği	Memur Emekli İşçi Serbest meslek Ev hanımı	3 27 10 3 39	1 5 9 0 5	^{¥¥¥} x=12,314 p=0,015***
Çalışma Durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	56 26	15 5	^{¥¥} p=0,787*
Eşin çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	21 61	11 9	[¥] x=6,067 p=0,014**
Maaş dışı bireysel gelir	Var Yok	37 45	11 9	[¥] x=0,629 p=0,428**
Ekonomik durum	Kötü Orta İyi/çok iyi	5 67 10	0 17 3	^{¥¥¥} x=1,340 p=0,512***

[¥] Yates Ki-kare testi ^{¥¥} Fisher Ki-kare testi ^{¥¥¥} Pearson Ki-kare testi t = t testi

Olgularda, sağlık durumuna ilişkin özelliklerin CD varlığına göre farklılık gösterip göstermediğinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 9.); koroner arter hastalığı ve/veya menopoz varlığının CD varlığını etkilediği saptanmıştır (p<0.05). CD saptanan olgularda koroner arter hastalığı varlığının anlamlı fark yaratacak şekilde CD saptanmayan olgulardan yüksek olduğu; menopoza girmeyen kadınlarda CD

varlığının anlamlı fark yaratacak şekilde beklenenden yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.9. Olgulardaki sağlık durumlarının cinsel disfonksiyon varlığına göre dağılımı (n = 102).

Değişken adı		CD VAR	CD YOK	Anlamlılık
HT süresi (yıl)	(Ort ±SS)	11,58±6,35	8,65±7,22	t=1,802 p=0,075
Sistolik.KB	(Ort ±SS)	152,41±14,08	150,55±11,99	t=0,545 p=0,587
Diastolik.KB	(Ort ±SS)	80,12±14,85	77,10±14,68	t=0,818 p=0,416
Sigara Kullanımı	Kullanıyor Bırakmış Kullanmıyor	17 24 41	2 6 12	^{***} χ=1,306 p=0,520***
Alkol kullanımı	Kullanıyor Bırakmış Kullanmıyor	5 1 76	0 0 20	^{***} χ=1,555 p=0,460***
Düzenli egzersiz	Yapıyorum Yapmıyorum	4 78	0 20	^{**} p=0,583*
Obezite	Var Yok	28 54	7 13	^χ x=0,005 p=0,943**
Diyabet	Var Yok	34 48	10 10	^χ x=0,474 p=0,491**
KKY	Var Yok	26 56	3 17	^{**} p=0,173*
KAH	Var Yok	6 76	6 14	^χ x=6,527 p=0,011**
Menopoz (Kadın, n=49)	Var Yok	30 4	9 6	^{**} p=0,049*
Total kolesterol	Risk Var Risk Yok	40 42	9 11	^χ x=0,092 p=0,761**
Trigliserid	Risk Var Risk Yok	6 76	1 19	^{**} p=1,000*
HDL	Risk Var Risk Yok	10 72	2 18	^{**} p=1,000*
LDL	Risk Var Risk Yok	80 2	19 1	^{**} p=0,484*
VLDL	Risk Var Risk Yok	79 3	18 2	^{**} p=0,252*

^{*} Yates Ki-kare testi ^{**}Fisher Ki-kare testi ^{***}Pearson Ki-kare testi t = t testi

Olgularda CD varlığının kullanılan ilaçlara göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde (Tablo 10.); CD varlığının kullanılan ilaçlara göre farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 4.10. Olgularda cinsel disfonksiyon varlığının kullanılan ilaçlara göre dağılımı (n = 102).

Değişken adı		CD VAR	CD YOK	Anlamlılık
ARB	Yok Var	71 11	15 5	¥¥ p=0,300*
ACEİ	Yok Var	70 12	18 2	¥¥ p=0,732*
Ca kanal blokeri	Yok Var	70 12	18 2	¥¥ p=0,732*
Betabloker	Yok Var	45 37	11 9	¥¥ p=1,000*
Vazodilatör	Yok Var	52 30	9 11	¥ x=2,229 p=0,135**
Diüretik	Yok Var	30 52	7 13	¥ x=0,018 p=0,895**
Antidiyabetik	Yok Var	55 27	13 7	¥ x=0,031 p=0,860**
Antilipidemik	Yok Var	80 2	20 0	¥¥ p=1,000*

¥ Yates Ki-kare testi ¥¥ Fisher Ki-kare testi

Kadın olgularda yaşam kalitesi alt boyutları ile IFSF cinsel disfonksiyon alt boyutları arasındaki ilişkinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 11); olguların IFSF alt boyutlarından cinsel istek alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, zindelik, fiziksel boyut ve toplam yaşam kalitesi puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.11. Kadın olgularda yaşam kalitesi alt boyutları ile IFSF cinsel disfonksiyon alt boyutları arasındaki ilişkinin dağılımı (n= 49).

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	IFSF Toplam
Fiziksel fonksiyon	r=-0,238 p=0,099	r=0,174 p=0,233	r=0,190 p=0,190	r=0,203 p=0,162	r=0,152 p=0,298	r=0,221 p=0,127	r=0,180 p=0,216
Fiziksel rol fonksiyon	r=-0,354 p=0,013	r=0,140 p=0,338	r=0,156 p=0,285	r=0,163 p=0,262	r=0,115 p=0,431	r=0,133 p=0,361	r=0,122 p=0,404
Ağrı	r=-0,177 p=0,224	r=-0,044 p=0,763	r=0,014 p=0,923	r=0,001 p=0,997	r=0,033 p=0,822	r=0,060 p=0,681	r=-0,006 p=0,967
Genel sağlık algısı	r=-0,334 p=0,019	r=0,134 p=0,359	r=0,177 p=0,223	r=0,162 p=0,268	r=0,126 p=0,389	r=0,205 p=0,158	r=0,141 p=0,334
Zindelik	r=-0,281 p=0,050	r=0,165 p=0,259	r=0,167 p=0,253	r=0,188 p=0,196	r=0,121 p=0,407	r=0,278 p=0,053	r=0,167 p=0,250
Sosyal fonksiyon	r=-0,251 p=0,082	r=0,085 p=0,563	r=0,101 p=0,489	r=0,121 p=0,409	r=0,155 p=0,289	r=0,138 p=0,343	r=0,105 p=0,472
Mental rol fonksiyon	r=-0,132 p=0,367	r=0,027 p=0,853	r=0,040 p=0,786	r=0,031 p=0,834	r=-0,007 p=0,961	r=-0,012 p=0,936	r=0,007 p=0,960
Mental sağlık	r=-0,129 p=0,378	r=0,032 p=0,829	r=0,049 p=0,737	r=0,035 p=0,811	r=0,048 p=0,744	r=0,058 p=0,691	r=0,035 p=0,810
Fiziksel boyut	r=-0,351 p=0,013	r=0,143 p=0,328	r=0,184 p=0,205	r=0,185 p=0,204	r=0,148 p=0,311	r=0,214 p=0,140	r=0,155 p=0,289
Mental boyut	r=-0,258 p=0,074	r=0,088 p=0,548	r=0,106 p=0,468	r=0,110 p=0,452	r=0,095 p=0,515	r=0,118 p=0,421	r=0,087 p=0,550
Yaşam kalitesi Toplam	r=-0,334 p=0,019	r=0,127 p=0,386	r=0,160 p=0,274	r=0,162 p=0,266	r=0,134 p=0,360	r=0,182 p=0,210	r=0,133 p=0,362

r = Pearson korelasyon katsayısı

Erkek olgularda, yaşam kalitesi alt boyutları ile IIEF cinsel disfonksiyon alt boyutları arasındaki ilişkinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 12.); olguların IIEF alt boyutlarından erektil fonksiyon ve orgazmik fonksiyon alt boyutları ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutu arasında; ilişki tatmini ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve fiziksel boyut arasında; IIEF toplam puanı ile yaşam kalitesinin genel sağlık algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; cinsel istek alt boyutu ile yaşam kalitesinin genel sağlık algısı hariç tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Erkek olgularda yaşam kalitesi alt boyutları ile IIEF cinsel disfonksiyon alt boyutları arasındaki ilişkinin dağılımı (n= 53).

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Erektıl fonksiyon	Orgazmik fonksiyon	Cinsel istek	İlişki tatmini	Genel tatmin	IIEF Toplam
Fiziksel fonksiyon	r=0,289* p=0,036	r=-0,306* p=0,026	r=-0,519** p=0,000	r=0,345* p=0,011	r=-0,185 p=0,186	r=0,215 p=0,122
Fiziksel rol fonksiyon	r=0,097 p=0,488	r=0,104 p=0,460	r=-0,348* p=0,011	r=0,106 p=0,449	r=0,066 p=0,639	r=0,081 p=0,566
Ağrı	r=0,067 p=0,632	r=0,082 p=0,559	r=-0,405** p=0,003	r=0,110 p=0,433	r=-0,144 p=0,304	r=0,021 p=0,881
Genel sağlık algısı	r=0,263 p=0,057	r=0,254 p=0,067	r=-0,167 p=0,231	r=0,281* p=0,041	r=0,225 p=0,105	r=0,276* p=0,046
Zindelik	r=0,211 p=0,129	r=0,245 p=0,078	r=-0,412** p=0,002	r=0,243 p=0,080	r=-0,129 p=0,358	r=0,158 p=0,258
Sosyal fonksiyon	r=0,097 p=0,491	r=0,117 p=0,403	r=-0,547** p=0,000	r=0,141 p=0,313	r=-0,200 p=0,151	r=0,029 p=0,834
Mental rol fonksiyon	r=0,091 p=0,516	r=0,085 p=0,544	r=-0,327* p=0,017	r=0,094 p=0,503	r=0,097 p=0,489	r=0,078 p=0,579
Mental sağlık	r=-0,043 p=0,760	r=-0,059 p=0,673	r=-0,499** p=0,000	r=-0,025 p=0,860	r=-0,246 p=0,076	r=-0,120 p=0,394
Fiziksel boyut	r=0,243 p=0,080	r=0,253 p=0,067	r=-0,478** p=0,000	r=0,285* p=0,039	r=-0,036 p=0,797	r=0,197 p=0,157
Mental boyut	r=0,102 p=0,468	r=0,108 p=0,441	r=-0,517** p=0,000	r=0,127 p=0,363	r=-0,096 p=0,493	r=0,047 p=0,736
Yaşam kalitesi Toplam	r=0,173 p=0,215	r=0,182 p=0,193	r=-0,516** p=0,000	r=0,207 p=0,136	r=-0,071 p=0,615	r=0,121 p=0,388

r = Pearson korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

HT hastalığı, bireylerin cinsel yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır (Chen ve ark., 2012; Javaroni ve Neves, 2012; Uysal ve ark., 2016). HT'lu hastalarda CD'nun değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular, ilgili literatürler ışığında; sosyodemografik özellikler, hastalıkla ilişkili özelliklere ilişkin bulgular, CD ile ilgili özellikler ve CD ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki olmak üzere 4 ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmamızda yaş ortalaması 54.59 ± 6.79 olarak saptanmıştır. Irmak ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada; çalışmaya dahil edilen hipertansif hastaların yaş ortalaması 51.0 ± 9.9 yıl, Göçgeldi ve ark. (2008) çalışmasında ise 51.4 ± 14.9 yıl olarak saptanmıştır. Arıcı ve ark. (2005) toplumda yaptıkları bir çalışmada; orta yaş (35-64 yaş) grubunda HT prevalansı %42.3; geriatric popülasyonda ise (≥ 65 yaş) HT prevalansının %75.1 olarak belirlenmiştir. Sözmen ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada; HT görülme sıklığının 30-39 yaş grubunda %11, 70 yaş ve üstü grupta % 84.9 olduğu saptanmıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda HT prevalansının yaşla birlikte arttığı görülmektedir (Arıcı ve ark., 2005; Göçgeldi ve ark., 2008; Irmak ve ark., 2007; Sözmen ve ark., 2015). Yaşlama ile birlikte vasküler sistemde ortaya çıkan ateroskleroz gelişimi, vasküler dirençte artma gibi fizyolojik değişiklikler HT prevansında artışa neden olmaktadır. Çalışmamızda, saptanan yaş ortalaması ve dahil edilme kriterlerinde 18-65 yaş grubu tanımlanmasına rağmen çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş değişim aralığının 34-65 olması, bu bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, olguların %48'inin kadın olduğu saptanmıştır. Bugüne kadar HT hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda bazılarında olguların çoğunun kadın olduğu belirlenmiştir (Göçgeldi ve ark., 2008; Irmak ve ark., 2007; Özkara ve ark., 2008;). Irmak ve ark. (2007) çalışmasında olguların %64.4'ünün; Özkara ve ark.

(2008) çalışmasında %62'sinin; Göçgeldi ve ark. (2008) çalışmasında ise %50.8'inin kadın olduğu bulunmuştur. Toplum tabanlı yapılan HT prevalans çalışmalarının bazılarında HT prevalansının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Al Kibria ve ark., 2018; Arıcı ve ark., 2005; Sengul ve ark., 2016; Sözmen ve ark., 2015). Arıcı ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada; 35-64 yaş yaş grubunda HT prevalansı kadınlarda %50, erkeklerde %34.8; 65 yaş üzeri kadınlarda %81.7, erkeklerde %67.2 olarak saptanmıştır. Sözmen ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada; HT sıklığı erkeklerde %39,5, kadınlarda %41,6 olarak belirlenmiştir. Sengul ve ark. (2016) tarafından yapılan PatenT-2 çalışmasında HT görülme sıklığı kadınlarda %32.3, erkeklerde %28.4 olarak saptanmıştır. Bangladeş'te yapılan bir çalışmada; JN-C7'ye göre, kadınların %31.9, erkeklerin %19.4'ünde; ACC/AHA sınıflaması 2017'ye göre kadınların %54.5'inde; erkeklerin %41.4'ünde HT saptanmıştır (Al Kibria ve ark., 2018). Kadınlarda post-menopozal değişikliklerin etkisiyle östrojenin azalması, vücuttaki yağ dağılımının değişmesi ve kadınların tuza daha duyarlı hale gelmeleri nedeniyle HT'nun kadınlarda daha fazla görüldüğü düşünülmektedir (Yurdakul ve Aytekin, 2010). Bununla birlikte, HT görülme sıklığının erkeklerde daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Nahimana ve ark. (2018) tarafından Ruanda'da yapılan bir çalışmada HT prevalansı kadınlarda %14.4, erkeklerde %16.4 olarak saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız, daha önce yapılmış olan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu durumun, çalışmaların örneklem büyüklüğünden ve örnekleme dahil edilme kriterlerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların %33.3'ünün kendisinin ortaokul mezunu, %21.6'sının eşinin ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Irmak ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen hipertansif hastaların %53.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Göçgeldi ve ark. (2008) hipertansif hastalarda yaptıkları bir çalışmada katılımcıların çoğunlukla ortaokul ve altındaki öğrenim seviyelerinden mezun bireylerden (%48.9) oluştuğu belirlenmiştir. Tümer ve ark. (2016) tarafından hipertansif hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların %54.7'sinin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Kadın 2016 raporunda ülkemizde okuma yazma bilmeyen kadınların erkeklerden 5 kat fazla olduğu, okur-yazar olmayan erkek oranının %1.8, kadın oranının %9 olduğu belirtilmektedir (TUİK, 2017). Bu durum, ülkemizde

kadın ve erkeklerin birlikte ele alındığı çalışmalarda ögenim düzeyinin çoğunlukla ilköğretim seviyesinin altında saptanmasına neden olmaktadır. Çalışma sonuçlarındaki farklılığın, eğitim öğretim sisteminde yapılan değişiklikle birlikte ilkokul ve ortaokulun ilköğretim olarak tanımlanması, çalışmalarda eğitim durumunun gruplandırılmasında farklı sınıfların kullanılmasından, örneklem seçiminde kullanılan dahil edilme kriterlerinin ve araştırmanın yapıldığı yerlerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların %45.1'inin kendisinin, %43.1'inin eşinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Teke ve Arslan (2018) tarafından hipertansif hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, olguların %59.6'sının ev hanımı olduğu saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Kadın 2016 raporunda ülkemizde erkeklerin istihdam oranının %65.1, kadınların %28 olduğu; erkeklerin iş gücüne katılım oranının %72, kadınların %32.5 olduğu belirtilmektedir (TUİK, 2017). Çalışma sonuçlarımız, sözkonusu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda olguların %69.6'sının kendisinin, %31.4'ünün ise eşinin çalışmadığı saptanmıştır. Uysal ve ark. (2016), hipertansif bireyler üzerinde yaptıkları bir çalışmada; bireylerin çoğunun (%61.6) çalıştığı belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız, Uysal ve ark. (2016)'nın çalışması ile benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, çalışmamızda olguların %45.1'inin ev hanımı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Olguların %82.4'ünün ekonomik durumu orta düzeydedir. Teke ve Arslan (2018) tarafından hipertansif hastalarda yapılan çalışmada, hastaların %68.1'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Tümer ve ark. (2016) tarafından hipertansif hastalarda yapılan bir çalışmada; hastaların %58.2'si gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmanın örneklem grubunda yer alan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, daha önce yapılmış olan çalışmalarla büyük oranda benzerlik göstermesi örneklem grubu seçiminin uygun şekilde yapıldığını ve çalışmanın yapıldığı grubu temsil yeteneğinin iyi olduğunu gösteren bir durumdur.

5.2. Hastalıkla İlişkili Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmamızda olguların HT tanı süresi ortalama 11.00 ± 6.60 yıl olarak belirlenmiştir. İrmak ve ark. (2007) bir çalışmada; olguların HT tanı süresi 4.39 ± 4.96 yıl olarak ortaya konulmuştur. Tümer ve ark. (2016) çalışmada; hastaların %28.2'sinin HT tedavisi görme süresi 9 yıl ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Teke ve Arslan (2018) tarafından hipertansif hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada; hastaların %49.4'ünün 1-9 yıl, %37.4'ünün 10-19 yıl, %13.2'sinin 20 yıl ve üzerindeki bir süredir HT hastası olduğu bulunmuştur. Çalışma bulguları arasındaki farklılığın, çalışmalara dahil edilen hastaların HT risk faktörleri ve belirtileri konusundaki bilgi ve farkındalık eksikliği nedeniyle sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuruda gecikmeden, araştırmaların dahil edilme kriterlerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların sistolik kan basıncı ortalaması 152.04 ± 13.66 , diastolik kan basıncı ortalaması 79.52 ± 14.76 olarak belirlenmiştir. Teke ve Arslan (2018) tarafından hipertansif hastalarda yapılan çalışmada, sistolik kan basıncı ortalaması 135.0 ± 20.5 , diastolik kan basıncı ortalaması 81.6 ± 12.0 olarak bulunmuştur. Arıcı ve ark. (2005), toplumda yaptıkları HT prevalans çalışmada; katılımcıların ortalama sistolik kan basıncı 127.9 ± 21.1 mmHg, ortalama diastolik kan basıncı ise 81.4 ± 12.7 mmHg olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki sistolik kan basıncı diğer çalışmalardaki kan basıncı değerlerine kıyasla daha yüksek bulunmuş, diastolik kan basıncı ise diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Sistolik kan basıncındaki bu farklılık çalışmaya katılan katılımcıların yaş ortalamasının farklı olmasından, eşlik eden hastalıklardan, kadınlarda menopoza varlığından ve çalışmaların sağlıklı ya da hasta bireyler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların %18.6'sının sigara kullandığı belirlenmiştir. Özkara ve ark. (2008) hipertansif hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada; sigara içenlerin oranı %22.4 olarak bulunmuştur. Tümer ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada olguların %25.4'ünün sigara kullandığı saptanmıştır. Teke ve Arslan (2018) tarafından hipertansif bireylerde yapılan bir çalışmada, hastaların %76.6'sının sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Pehlivanoğlu ve Altuntaş (2009), hipertansif hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmada; olguların %62'sinin hiç sigara içmediği,

%23'ünün sigara içtiği, %15'inin ise sigarayı bırakmış olduğu; sigara içmeyenlerin en büyük yüzdelik grubu oluşturduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda sigara kullanım oranı kullanmayanlara göre oldukça düşüktür (Özkara ve ark., 2008; Pehlivanoğlu ve Altuntaş, 2009; Teke ve Arslan, 2018; Tümer ve ark., 2016). Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir. Ülkemizde yapılan farkındalık çalışmalarında, sigaranın kronik hastalıklarla ilişkisine vurgu yapılmakta ve sigara bıraktırma çalışmalarına ağırlık verilmektedir. Kronik hastalıklarda, özellikle kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklarda, tanı konulduktan sonra hastalara yapılan bilgilendirme ve eğitimlerde sigaranın bırakılmasının önemine değinilmektedir.

Çalışmamızda olguların %4.9'unun alkol kullandığı belirlenmiştir. Pehlivanoğlu ve Altuntaş (2009) çalışmalarında; olguların %22'sinin alkol kullandığını, %78'inin ise alkol kullanmadığını tespit etmişlerdir. Tümer ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada; olguların %18.5'inin alkol kullandığı saptanmıştır. Alkol, kanda total lipid ve kolesterolün yükselmesi sonucu damar çeperindeki basıncın artmasına, buna bağlı olarak da kan basıncının da artmasına neden olmaktadır (Vlachopoulos ve ark., 2013). Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmaların yapıldığı bölgelerin ve bu bölgelerde alkol kullanımına ilişkin kültürel yaklaşımın farklı olmasından, çalışma kapsamına alınan yaş gruplarının farklılığından, son yıllarda ülkemizde alkol kullanımının azaltılmasına ilişkin yapılan farkındalık çalışmaları ve yasal düzenlemelerin etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların %3.9'unun düzenli olarak egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Kolay ve ark. (2013), HT'lu hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; bireylerin %20'sinin egzersiz yapıldığı saptanmıştır. Teke ve Arslan (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen hipertansif bireylerin %88.5'inin egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Kayıhan ve Ersöz (2009) tarafından yapılan bir çalışmada; fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk seviyeleri yüksek olanlarda HT'nun ortaya çıkma riskinin azaldığı gösterilmiştir. Düzenli egzersiz; miyokardın oksijen gereksinimini azaltmakta, yağlanmayı engellemekte, kan basıncını düşürmektedir. Bu durum, vasküler inflamasyon ve dislipidemi üzerine

olumlu etki ederek HT riskini azaltmaktadır. Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir (Kayıhan ve Ersöz, 2009; Teke ve Arslan, 2018).

Çalışmamızda, olguların %34.3'ünde obezite, %56.9'unda diyabet, %71.6'sında kalp yetersizliği, %88.2'sinde koroner arter hastalığı olduğu belirlenmiştir. Teke ve Arslan (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, hipertansif hastaların %72.3'ünün eşlik eden başka bir kronik hastalığının olduğunu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda HT'nun tek başına bulunduğu olguların tüm HT'lu olguların beşte birinden daha az olduğu gözlenmiştir. Geri kalan %80'ine ise, sırası ile hiperkolesterolemi, obezite ve sigara gibi bir ya da daha fazla risk faktörünün eşlik ettiği saptanmıştır (Önen ve Güneş, 2015; Öngen, 2005; Samur ve Yıldız, 2008). Bununla birlikte diyabet, dislipidemi, obezite, birinci derece akrabalarda erken yaşta görülen kalp-damar hastalığı öyküsü ve ileri yaş HT oluşumu açısından majör risk faktörleri arasında kabul edilmektedir (Önen ve Güneş, 2015; Samur ve Yıldız, 2008). Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, kadın olguların %79.6'sının menopoza girdiği saptanmıştır. Vehid ve ark. (2001) çalışmasında; menopoza giren kadın olgularda HT görülme oranının menopoza girmeyen kadınlara oranla daha fazla (%64.8) olduğu bulunmuştur. Kadınlarda post-menopozal değişikliklerin etkisiyle östrojenin azalması, vücuttaki yağ dağılımının değişmesi ve kadınların tuza daha duyarlı hale gelmeleri nedeniyle HT'nun daha fazla görülmektedir. Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda; olguların %48'inde total kolesterol (200mg/dl ve üzeri), %6.9'unda trigliserid (150mg/dl ve üzeri), %11.8'inde HDL (Erkek 40 mg/dl ve üzeri; kadın 50 mg/dl ve üzeri) ve %97.1'inde LDL (130 mg/dl ve üzeri) ve %95.1'inde VLDL (30mg/dl ve üzeri) değerlerinin risk düzeyinde olduğu saptanmıştır. Pehlivanoğlu (2009)'nun hipertansif bireylerde yapmış oldukları çalışmasında; HDL-kolesterol ortalamasının 50.45 ± 3.63 mg/dl, LDL-kolesterol ortalamasının 126.36 ± 37.42 mg/dl ve TG ortalamasının ise 146.20 ± 75.00 mg/dl olduğu saptanmıştır. Lipid bozuklukları, ateroskleroz gelişimine neden olması sebebiyle hipertansiyon gelişimi açısından önemli bir risk faktörüdür (Tanrıverdi ve Tetik, 2017; Sabunu ve ark., 2017). Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların %15.7'sinin anjiyotensin reseptör blokeri, %13.7'sinin anjiyotensin converting enzim inhibitörü, %13.7'sinin kalsiyum kanal blokeri, %45.1'inin beta bloker, %40.2'sinin vazodilatör, %63.7'sinin diüretik, %33.3'ünün antidiyabetik ve %2'sinin anti-lipidemik kullandığı saptanmıştır. Latif ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada; hipertansif hastaların en fazla kullandığı ilaçların ACE inhibitörleri (%37.4), beta blokerler (%36.8), kalsiyum kanal blokerleri (%64.1) ve diüretikler (%26.4) olduğu belirlenmiştir. Kara ve ark. (2009) hipertansif hastalarda yaptıkları çalışmada ise, hastaların en fazla kullandığı antihipertansif ilaçların; ACE inhibitörü (%45.5), diüretik (%32.5) ve kalsiyum kanal blokörü (%31.2) olduğu belirlenmiştir. Özkara ve ark. (2008), hipertansif hastalarda ilaç uyumuna ilişkin yaptıkları çalışmada; hastaların %24.3'ünün diüretik, %20.8'inin anjiyotensin reseptör blokeri, %16'sının kalsiyum kanal blokeri, %14.7'sinin anjiyotensin konverting enzim inhibitörü, %14'ünün alfa bloker kullandığı belirlenmiştir. Irmak ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada; hipertansif hastaların %64.4'ünün bir tane antihipertansif ilaç, %35.6'sının iki tane antihipertansif ilaç kullandığı belirlenmiştir. HT kılavuzlarında yer alan tedavi önerileri arasında; ACE inhibitörleri, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ARB'ler, alfa-blokerler ve diüretiklerin tekli ya da kombinasyon şeklinde kullanımı yer almaktadır (Arıcı ve ark., 2015; Galiè ve ark., 2016; Weber ve ark., 2014). Çalışma sonuçlarımız, hipertansif hastaların tedavisinde yaygın şekilde kullanıldığı bilinen antihipertansif ilaçların kullanımı ve ek kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçları içermesi bakımından literatürle benzerlik göstermektedir.

5.3. Cinsel Disfonksiyon İle İlişkili Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmamızda, kadın olguların ortalama FSFI puanının 17.92 ± 8.47 olduğu ve %69.4'ünde CD varlığı saptanmıştır. Doumas ve ark. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada; sağlıklı kadınların %19.4'ünde, HT'nu olan kadınların %42.1'inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucumuz, diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, çalışmaya dahil edilen bireylerin içinde buldukları kültürel yapı nedeniyle cinsel yaşamla ilgili sorunlara cevap vermekte zorlanmalarından, çalışmalarda CD varlığını tespit etmede kullanılan araçların (sorgulama formları vb.) ve çalışmalara dahil edilen yaş gruplarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kadın olguların FSFI alt gruplarından aldıkları en yüksek puanı ($5,17\pm 0,76$) cinsel istek alt grubundan, en düşük puanın ($2,18\pm 1,39$) ise ağrı alt grubundan aldığı saptanmıştır. Bireylerde kan basıncının normal sınırlarda olması vücuttaki tüm dokularda perfüzyonun etkin şekilde sürdürülmesine yardımcı olmaktadır. Ancak uzun süre devam eden yüksek kan basıncı, endotel fonksiyonlarında bozulmayı da beraberinde getirmektedir. Bu durum, doku perfüzyonunda azalma sonucu istekte azalma ve vajinal kurulukta artışa bağlı cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olmaktadır (Çamcı ve Can, 2014). Çalışmamızda, olgularda tedaviye uyumun yeterli doku perfüzyonun sürdürülmesine ve endotel fonksiyonlarının korunmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda erkek olguların IIEF ortalama puanının 44.80 ± 17.27 olduğu ve %90.6'sında CD varlığı saptanmıştır. Doumas ve ark. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada; hipertansif erkeklerde CD prevalansı %35.2 olarak saptanmıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda; hipertansif erkeklerde cinsel IIEF-5 skorunun diğer bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Cordeiro ark., 2012; Giuliano ve Clement, 2005; Pelit ve ark., 2013). Hipertansif hastalarda meydana gelen endotel fonksiyonlarında bozulma ve doku perfüzyonundaki değişiklikler, cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, Türk toplumunun ataerkil aile yapısına sahip olmasından, Türk toplumunda erkeğe tanınan haklara istinaden erkeklerin cinsel yaşama ilişkin sorunlarını kadınlara göre daha rahat ifade edebilmesinden, çalışmalarda CD varlığını tespit etmede kullanılan araçların (sorgulama formları vb.) ve çalışmalara dâhil edilme kriterlerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, erkek olguların IIEF alt gruplarından aldıkları en yüksek puanın erektil fonksiyon ($16,07\pm 8,06$) alt grubundan, en düşük puanın ise orgazmik fonksiyon ($5,05\pm 3,54$) alt grubundan aldığı saptanmıştır. Yıldız ve Pınar (2004) çalışmasında; CD olan erkeklerde IIEF tüm alt gruplarının düşük olduğu ve bu olgularda %65.2'sinde hafif, %21.7'sinde orta ve %13'ünde ağır derecede erektil disfonksiyon tanımlanmıştır. Çalışmada, en yüksek puan erektil fonksiyon alt grubuna, en düşük puan ise genel tatmin alt grubuna ait olarak tespit edilmiştir. Çalışma bulgularımız, Yıldız ve Pınar'ın çalışmasına göre en yüksek puanın alındığı

alan açısınan benzerlik gösterirken, en düşük puan alınan alan açısından farklılık göstermektedir. Bu durumun, olgularda doku perfüzyonun yeterli olmasına ve endotel fonksiyonlarının korunmasına, çalışmaların farklı hastalık grubunda yapılması, bu hastalık gruplarında CD ortaya çıkmasını etkileyen fiyopatolojik nedenlerin farklılığına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, CD saptanan olgularda yaşın anlamlı fark yaratacak şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, kadın ve erkeklerde CD varlığının ileri yaşa bağlı olarak artış gösterdiği saptanmıştır (Bhasin ve Basson, 2016; Neiman ve ark., 2017; Salehian ve ark., 2017). Yaşlanma ile birlikte vasküler sistemde, solunum sisteminde, nörolojik ve endokrin sistemlerde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler cinsel organların fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, yaşlılarda sıklıkla görülen depresyon gibi psikolojik sorunlar da CD oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, erkeklerde kadınlara göre CD varlığının anlamlı fark yaratacak şekilde beklenenden yüksek olduğu belirlenmiştir. Yıldız ve Pınar (2004), MI'lı hastalarda yaptıkları çalışmada; CD'nun kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız, Yıldız ve Pınar (2004)'ın çalışması ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni, günümüzde dünya ve ülke genelinde daha önceki yıllara nazaran daha fazla yaşanan ekonomik sorunlar, erkeklerin iş kaybı, maaşını düzenli alamama, ailesinin temel ihtiyaçlarını karşılayama, aile içi statü kaybı gibi sorunlara odaklanması nedeniyle cinsel yaşama olan ilgisinin azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gelir ve eğitim durumunun CD varlığını etkilemediği bulunmuştur. Singh ve ark. (2009) çalışmasında; CD ile eğitim yılı ve aylık gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çamcı ve Can (2014), miyokard infarktüsü (MI) geçiren hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada; CD ile gelir ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Oniz ve ark. (2007) yaptığı bir çalışmada; eğitim durumu ile cinsellik arasında ilişki bulunmamıştır. Nascimento ve ark. (2015), arteriyel HT tanısı almış kadın hastalarda yaptığı çalışmada; eğitim düzeyi düştükçe CD'nun arttığı belirlenmiştir. Hall ve ark. (2010) yaptığı bir çalışmada; yüksek okul ve üniversite mezunu erkek hastalarda ED

oranının daha fazla (%39) olduğu saptanmıştır. Tashbulatova ve Arıdoğan (2007) yaptıkları bir çalışmada; eğitim düzeyi arttıkça cinsel istek, tatmin, orgazm olmada artma olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, çalışmanın yapıldığı yer, örnekleme yer alan bireylerin öğrenim seviyesindeki dağılımın farklılığından, örneklem büyüklüğü ve çalışmaya dahil edilme kriterlerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda; eşi emekli, ev hanımı veya serbest meslek sahibi olanlarda ve eşi çalışmayanlarda CD varlığının anlamlı fark yaratacak şekilde beklenenden yüksek olduğu saptanmıştır. Yıldız ve Pınar (2004) çalışmasında; emekli (%15,7) ve ev hanımı (%10.3) olan olgularda, CD'nun görülme oranının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Bireylerin çalışmaması, emekli olması ya da çok düşük gelirli bir işte çalışması, ekonomik kaygıların artmasına, ekonomik kaygılara bağlı sosyal yaşamda kısıtlamaların ve kişiler arası ilişkilerde sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yaşanan ekonomik sıkıntılar, bireylerin kendi temel ihtiyaçlarından çok, ailesinin temel ihtiyaçlarını ön plana almasına neden olmaktadır. Bu durum, yaşanan sorunların evlilik ilişkisine yansımaya bağlı olarak, bireylerin cinsel ilişkiyi ötelemesi ve cinsel yaşamı ihmal etmesi ile sonuçlanmaktadır. Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olgularda koroner arter hastalığı varlığının CD varlığını etkilediği; koroner arter hastalığı varlığının CD saptanan olgularda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uluocak ve ark. (2009) yaptıkları bir çalışmada; tıkalı damar sayısı arttıkça erektil disfonksiyon (ED) derecesinin de arttığı; HT'nu olan erkek olguların, olmayanlara göre ED riskinin 2.040 kat daha fazla olduğu ve ED görülme ihtimali bir damar hastalığı olan erkeklerde olmayanlara göre 1.365 kat fazla iken, iki ve üç damar hastalığı olan erkeklerde 17.211 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Yıldız ve Pınar (2004) tarafından yapılan çalışmada; MI geçiren kadınların %80'inde CD saptanmıştır. Çamcı ve Can (2014); MI sonrası kadınlarda yaptığı araştırmasında ise hastalarla 3 görüşme yapılması planlanmış ve yapılan ilk görüşmede istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm puanları düşük; doyum, ağrı ve FSFI puanlarını orta düzeyde bulunmuştur. Birinci ayın sonunda yapılan görüşmede, ilk görüşmeye göre puanlar daha düşük bulunmuştur. Üçüncü ay sonunda yapılan görüşmede ise FSFI puanlarının ilk görüşmedekine benzer olduğu saptanmıştır. Çalışmada, MI'ın

zamanla cinsellik üzerindeki olumsuz etkisinin kalktığı sonucuna ulaşılmıştır. Koroner arter hastalığı, endotel fonksiyonlarındaki bozulma nedeniyle diğer organlarda olduğu gibi cinsel organlarda da doku perfüzyonunun azalmasına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak, kadınlarda lubrikasyonda azalma ve cinsel ilişki sırasında ağrı ortaya çıkarken, erkeklerde erektil disfonksiyon görülmektedir. Benzer şekilde, HT süresi arttıkça endotel fonksiyonlarında bozulma görülmektedir (Tunç ve ark., 2007). Bununla birlikte, koroner arter hastalığı hem endotel fonksiyonlarında bozulma hem de periferik damar direncinde artma sonucu HT'nun ortaya çıkışını tetikleyen bir faktördür (Tunç ve ark., 2007). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapma durumunun CD varlığını etkilemediği saptanmıştır. Kalaycı ve Eroğlu (2016) çalışmasında; fiziksel aktivite düzeyinin cinsel yaşamı etkilediği; fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan yetişkin erkeklerin diğerlerine göre daha iyi bir cinsel yaşama sahip olduğu belirlenmiştir. Egzersiz, kan dolaşımını, doku perfüzyonunu ve bireylerin fonksiyonel kapasitesini arttıran, stres ve depresyon gibi psikolojik durumların olumsuz etkilerini azaltan bir faktördür. Bu durum, fizyolojik ve psikojenik cinsel sorunların ortaya çıkmasını azaltmaktadır. Çalışma sonuçlarımız, Kalaycı ve Eroğlu'nun çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu durum, örnekleme yer alan bireylerden egzersiz yapanların sayısındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda, kadınlarda menopoz varlığının CD varlığını etkilediği; menopoz varlığı tespit edilenlerde CD görülme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dennerstein ve ark. (2008) post-menopozal dönemde olan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların %34'ünde cinsel isteğin ve %54'ünde cinsel ilginin azaldığı saptanmıştır. Özerdoğan ve ark. (2009), 45-65 yaş grubu kadınlarda yaptıkları çalışmada; menopoza girme durumu ve cinsel fonksiyon bozukluğu görülme durumu arasında ileri derece anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Neiman ve ark. (2017) çalışmasında, premenopoz dönemindeki kadınlarda CD prevalansının %14.5 olduğu saptanmıştır. Aslan ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada ise menopozun cinsel hayatlarını olumsuz yönde etkilediğini düşünen kadınların (%52) FSFI skorlarının da düşük olduğu bulunmuştur. Menopoz döneminde ortaya çıkan hormonal değişikliklere bağlı olarak, cinsel istek ve

lubrikasyonda azalma görülmektedir. Bununla birlikte, saçların beyazlaması ve kilo artışı nedeniye ortaya çıkan beden imgesinde bozulma durumu da cinsel ilişkiyi olumsuz yönde etkilemektedir (Özerdoğan ve ark., 2009). Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olgularda CD varlığının olguların kullandığı ilaçlara göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Doumas ve ark. (2006) tarafından erkek olgularda yapılan bir çalışmada; hipertansif ilaç kullanımının CD varlığını etkilemediği saptanmıştır. Yıldız ve Pınar (2005)'in yaptığı çalışmada da kullanılan ilaçların CD varlığına göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Neiman ve ark. (2017) çalışmasında, özellikle beta bloker grubu ilaçların CD'nu artırdığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, erkek ve kadın hastalarda spironolactone (%27,6) ve digoxin (%34,5) ilaçları ile CD oluşumu arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklara yönelik kullanılan ilaçların da (antidepresan/anksiyolitik) cinsel fonksiyonda önemli rol oynadığı gözlenmiştir. Bendrofluazide gibi thiazide grubu diüretikler, β -blockerler, ACE-inhibitorleri ve kalsiyum kanal blokerleri de ED'ye neden olmaktadır (Smith, 2004; Smith, 2007). Latif ve ark. (2014) yapmış oldukları bir çalışmada, diüretiklerden thiazide grubu ilaçların libido azalmasına ve CD'na neden olduğu saptanmıştır. Stadler (2006) tarafından yapılan bir çalışmada ise, diüretiklerin vajinal lubrikasyonu azalttığı saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, çalışmalarda yer alan hastaların HT evrelerinin ve tedavide kullandıkları ilaçların farklı olmasından, örneklem grubunun büyüklüğündeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Cinsel Disfonksiyon ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Çalışmamızda, olguların yaşam kalitesi fiziksel boyut puanı 23.67 ± 12.35 , mental boyut puanı 25.67 ± 13.39 ve ortalama toplam yaşam kalitesi puanı 24.67 ± 12.18 olarak saptanmıştır. Olguların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları en yüksek puanının sosyal fonksiyon alt grubundan (41.54 ± 19.60), en düşük puanın ise fiziksel rol fonksiyon alt grubundan (8.33 ± 15.06) alındığı saptanmıştır. Göçgeldi ve ark. (2008), hipertansif hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada; olguların SF-36 ölçek puanı ortalaması 56.2 ± 21.3 , fiziksel boyut puan ortalaması 54.9 ± 21.1 ve

mental boyut puan ortalaması 57.7 ± 23.8 olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız, Göçgeldi ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. HT, tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi, bireylerin öncelikle fiziksel fonksiyonlarını, daha sonra psikolojik ve sosyal durumunu etkilemektedir. Bireyin sahip olduğu kronik hastalık sayısı arttıkça, fiziksel sağlığı daha fazla etkilenmektedir.

Çalışmamızda, kadın olgularda IFSF alt boyutlarından cinsel istek alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, zindelik, fiziksel boyut ve toplam yaşam kalitesi puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yıldız ve Pınar (2005)'in çalışmasında; CD olan olgularda olmayanlara göre sosyal fonksiyon dışında tüm yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (Yıldız ve Pınar, 2005). Kadınlarda cinsel istek, hem doku perfüzyonunda değişiklik hem de psikolojik faktörlerden etkilenen bir boyuttur. Hipertansiyon, doku perfüzyonunda değişimin en bariz şekilde görüldüğü hastalıklardan biridir. Bununla birlikte, bireylerin yaşadığı cinsel sorunlar, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmamızda, erkek olgularda IIEF alt boyutlarından erektil fonksiyon ve orgazmik fonksiyon alt boyutları ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutu arasında; ilişki tatmini ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve fiziksel boyut arasında; IIEF toplam puanı ile yaşam kalitesinin genel sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu; cinsel istek alt boyutu ile yaşam kalitesinin genel sağlık algısı hariç tüm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yıldız ve Pınar (2004)'in çalışmasında, Uluslararası Değerlendirme Formu alt grupları ile yaşam kalitesi alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; CD belirlenen erkeklerde IIEF alt gruplarından yalnızca genel sağlık anlayışı ile genel tatmin arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bireylerin fiziksel durumunun iyi olması doku perfüzyonunun yeterli olmasına ve orgazmik fonksiyon, ilişki tatmini, genel sağlık algısının gibi cinsel fonksiyon alt boyutlarının da olumlu yönde iyileşmesine neden olmaktadır. Çalışma bulgularımız, Yıldız ve Pınar'ın çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmaların farklı hastalık gruplarında yapılmış olması ve bu hastalıkların bireyin yaşamına etkilerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hem kadın hem de erkek olgularda CD ile yaşam kalitesi arasında etkileşim olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

HT'lu hastalarda CD'yi etkileyen hastalıkla ilişkili faktörlerin yanı sıra psikososyal faktörlerin de incelenmesi amacıyla Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda 49 kadın, 53 erkek toplam 102 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

6.1. Sonuç

Çalışmamızda, aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

- ✓ Çalışmamızda olguların %48'i kadın, %52'si erkek olarak saptanmıştır.
- ✓ HT tanı süresi, ortalama 11.00 ± 6.60 yıl olarak belirlenmiştir.
- ✓ Sistolik kan basıncı ortalaması 152.04 ± 13.66 , diyastolik kan basıncı ortalaması 79.52 ± 14.76 olarak belirlenmiştir.
- ✓ Kadınların %69.4'ünde CD, erkeklerin %90.6'ında CD saptanmıştır.
- ✓ Kadınlarda en fazla etkilenen alan cinsel istek, en az etkilenen alan ağrıdır.
- ✓ Erkeklerde en fazla etkilenen alan ilişki tatmini, en az etkilenen alan cinsel istektir.
- ✓ Olgularda yaş, cinsiyet, eşin mesleği ve eşin çalışma durumu, koroner arter hastalığı menopoz gibi faktörlerin CD oluşumunu etkilediği saptanmıştır.
- ✓ Kadın olgularda, cinsel istek ile yaşam kalitesi; erkek olgularda, erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, ilişki tatmini, cinsel istek ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuçlar doğrultusundaki önerilerimiz şunlardır:

- ✓ HT'lu hastaların CD açısından rutin olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.
- ✓ HT'lu hastalarda CD'ye neden olan risk faktörlerinin düzeyi belirlenmeli ve risk faktörlerindeki değişiklikler düzenli olarak kontrol ve kayıt edilmelidir.
- ✓ HT'lu hastalarda CD değerlendirilirken hastalıkla ilişkili faktörlerle birlikte psikososyal faktörler de ele alınmalıdır.
- ✓ CD açısından değerlendirilen HT'lu hastalarda CD belirlendiğinde, olguların tedavisine yönelik diğer disiplinlerle irtibata geçilmeli ve gerekirse hasta ilgili birime yönlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

Acartürk E, Fehmi Akçiçek, Akgün G, Atılgan D, Büyüköztürk K, Canberk A, Çağlar N, Çertuğ A, Eryılmaz, İlerigelen B, Karcıer S, Komşuoğlu B, Koylan N, Kumral E, Nalbantgil İ, Onat A, Önder MR, Özerkan F, Soydan İ, Timuralp B, Tokgözoğlu L. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. İstanbul, Türk Kardiyoloji Derneği, 2000.

Akpolat T. Hipertansiyonda Temel Bilgiler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Derg*, 1999, 16(1):1-10.

Akçiçek F. Hipertansiyon ve Böbrek. *Türkiye Klinikleri J Cardiology*, Hipertansiyon Özel Sayısı, 2000, 13(5):346-348.

Al Khaja KAJP, Sequeira R, Alkhaja KA, Damanhori HHA. Antihypertensive drugs and male sexual dysfunction: A review of adult hypertension guideline recommendations. *J Cardiovascular Pharmacol Ther*, 2015:11-12.

Al Kibria GM, Swasey K, Choudhury A, Burrowes V, Stafford KA, Uddin SI, Mirbolouk M, Sharmeen A, Angela KC, Mitra DK. The new 2017 ACC/AHA guideline for classification of hypertension: Changes in prevalence of hypertension among adults in Bangladesh. *J Human Hypertension*, 2018:1.

Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S, Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*, 2005, 23(10):1817-1823.

Altun B, Suleymanlar G, Utas C. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults with chronic kidney disease in Turkey: Results from the CREDIT Study, *Kidney Blood Press Res*, 2012, 36(1):36-46.

Aranda P, Ruilope L, Calvo C, Luque M, Coca A, De Miguel A. Erectile Dysfunction in Essential Arterial Hypertension and Effects of Sildenafil: Results of A Spanish National Study. *Am J Hypertens*, 2004, 17:139-145.

Aras S, Semin S, Gunay T, Orcin E, Ozan S. Sexual attitudes and risk taking behaviors of high school students in Turkey. *J School Health*, 2007, 77(7):359-366.

Arıcı M. Hipertansiyon Tedavisi 2004: Neler Değişti. Neden değişti. *İç Hastalıkları Derg*, 2004:133-144.

Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. *J Hypertension*, 2005, 23(10):1817-1823.

Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz HÖ, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 2015, 43(4):402-409.

Arslan H, Ergin AB, Potur DC, Bilgin ÇN. Evaluation of the relationship between sexual dysfunction and quality of life in infertile couples. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2008, 18(6):364-371.

Aslan E, Poçan GA, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T. Menopoz sonrasındaki cinsel disfonksiyonun hormonal durum ve sosyokültürel faktörlerle etkileşimi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Derg*, 2008, 5(4):263-268.

Assari S, Lankarani MM, Ahmadi K, Saleh DK. Association between sexual function and marital relationship in patients with ischemic heart disease. *J Tehran Univ Heart Cent*, 2014, 9(3):124-131.

Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M, Çakır İ, Dikbaş O, Elbüken G, Gözü HI, Haymana C, Kılıçlı F, Kıyıcı SK, Meriç C, Özkan Ç, Özkaya M, Sabuncu T, Sancak S, Sönmez A, Şahin İ, Tütüncüoğlu P, Ukiñ K, Usluoğulları CA, Üçler R, Yılmaz M. *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu*, 1. Baskı, Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2018.

Aşılar RH. Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Derg*, 2015, 6(11):151-159.

Avcı YD. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Prev Med Bull*, 2016, 5(3):259-266.

Aydemir Ö. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Klinik Uygulamalarda Kullanımı. *Sağlıkta Birikim Derg*, 2006, 1:9-13.

Aygin D, Eti Aslan F. Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2005, 25:393-399.

Babalık E. Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim*, 2005, 18:25-32.

Balcı M, Aslan Y, Aydın AÖ, Kayalı M, Tuncel A, Ata A. Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması: Anket çalışması. *Ortadoğu Tıp Derg*, 2012, 4(3):108-113.

Barçın C. Yeni Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği hipertansiyon kılavuzu ile neler değişti? *Türk Kardiyol Dern Arş*, 2014, 42(1):1-6.

Bardage C, Isacson DG. Hypertension and healthrelated quality of life. An epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol*, 2001, 54(2):172-181.

Beaney T, Schutte AE, Tomaszewski M, Ariti C, Burrell LM, Castillo RR, Charchar FJ, Damasceno A, Kruger R, Lackland DT, Nilsson PM, Prabhakaran D, Ramirez AJ, Schlaich MP, Wang J, Weber MA, Poulter NR. May Measurement Month 2017: An Analysis Of Blood Pressure Screening Results Worldwide. *The Lancet Global Health*, 2018, 6(7):736-743.

Bernardo AE, Welch I. On the evolution of over confidence and entrepreneurs. *J Economics & Management Strategy*, 2001, 10(3):301-330.

Bhasin S, Basson R. Sexual Dysfunction In Men And Women. *In: Williams Textbook of Endocrinology*. Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen R (Eds). 11th ed., Philadelphia, Saunders Elsevier, 2016:25-180.

Boyle EK, Burnnett AL. Sexual Function and Dysfunction in Man and Woman. *In: Principles of Gender Specific Medicine*. Legato MJ (Ed.). 2010:58.

Boztosun B, Olcay A, Değertekin M. Cinsel Aktivite ve Kardiyovasküler Risk, *Anadolu Kardiyol Derg*, 2007, 7(4):423-426.

Brunner H, Cockcroft JR, Deanfield J, Donald A, Ferrannini Ele, Halcox Julian, Kiowski W, Lüscher T, Mancia G, Natali A, Oliver JJ, Pessina AC, Rizzoni D, Rossi GP, Salvetti A, Spieker LE, Taddei S, Webb DJ. Endothelial Function And Dysfunction. Part II: Association With Cardiovascular Risk Factors And Diseases. A Statement By The Working Group On Endothelins And Endothelial Factors Of The European Society Of Hypertension. *J Hypertens*, 2005, 23(2):233-246.

Cifu SA, Davis MA. Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *JAMA*, 2017, 318(21):2132-2134.

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

Chockalingam A, Campbell NR, Fodor JG. Worldwide epidemic of hypertension. *Canadian J Cardiol*, 2006, 22(7):553-555.

Cordeiro AC, Mizzaci CC, Fernandes MR, Araujo-Junior G, Cardoso PO, Dutra LV, Sousa A, Amodeo C. Simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) and coronary artery disease in hypertensive patients. *Arq Bras Cardiol*, 2012, 99(4):924-930.

Çamcı G, Can G. Akut miyokard enfaktüsü sonrası kadınlarda cinsel yaşam. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*, 2014, 11(2):38-44.

Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, Wedel H, Beevers D G, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen SE, Kristinsson A, McInnes GT, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J. 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. *Lancet*, 2005, 366(9489):895-906.

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

Dennerstein L, Guthrie JR, Hayes RD, DeRogatis LR, Leher P. Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women. *J Sex Med*, 2008, 5(10):2291-2299.

Doğan N, Toprak D, Demir S. Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar Region: A cross-sectional research. *Anadolu Kardiyoloji Derg*, 2012, 12(1):47-52.

Dogan T, Tugut N, Gölbaşı Z. The relationship between sexual quality of life, happiness and satisfaction with life in married Turkish women. *Sexuality and Disability*, 2013, 31(3):239-247.

Doumas M, Tsakiris A, Douma S, Grigorakisa A, Papadopoulos A, Hounta A, Tsiodras S, Dimitriou D, Giamarellou H. Factors affecting the increased prevalence of erectile dysfunction in Greek hypertensive compared with normotensive subjects. *J Androl*, 2006, 27(3):469-477.

Dönmez İ, Memioğlu T, Erdem F. Yeni Kılavuzların Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi. *Eur J Health Sci*, 2015, 1(1):49-53.

Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradaımlar N. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: Üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*, 2005, 18(2):72-81.

Erel C, Uğurlu M, Aydınlı F, Çakır B, Özoğlu F, Kaplan Y. *Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu*. Ankara, Gürler Matbaası Dış Tic. Ltd. Şti., 2004, 6:56.

Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Derg*, 1999, 6(4):11-14.

Evcili F, Cesur B, Altun A, Güçtaş Z, Sümer H, Evilik Öncesi Cinsel Deneyim: Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Görüş ve Tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg*, 2013, 2(4):487-495.

Eyada M, Atwa M. Sexual function in female patients with unstable angina or non-st elevation myocardial infarction. *J Sex Med*, 2007, 4(5):1373-1380.

Fışkın G, Kızılkaya Beji NK. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni*, 2014, 16(56):73-76.

Forman JP, Stampfer JM, Curhan CG. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women, *JAMA*, 2009, 302(4):401-411.

Frieden TR, Jaffe MG. Saving 100 million lives by improving global treatment of hypertension and reducing cardiovascular disease risk factors. *J Clin Hypertension*, 2018, 20(2):208-211.

Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Sexual Behav*, 2013, 42(6):915-933.

Fryar CD, Chen T, Li X. Prevalence of uncontrolled risk factors for cardiovascular disease: United States, 1999–2010. *In: Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics. Sondik EJ, Madans JH, Johnson CL (Eds.). NCHS Data Brief, No 103. Hyattsville, 2012:1-8.*

Galiè N, Humbert M, Vachiery J, Gibbs S, Lang I, Torbicki A, Simonneau G, Peacock A, Noordegraaf AV, Beghetti M, Ardeschir Ghofrani, Sanchez MAG, Hansmann G, Klepetko W, Lancellotti P, Matucci M, McDonagh T, Pierard LA, Trindade PT, Zompatori M, Hoeper M. 2015 ESC/ERS guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: the joint task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *Eur Heart J*, 2016, 37(1):67-119.

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıklık CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg*, 2008, 50:172-17.

Gök H. *Klinik Kardiyoloji*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Tayf Ofset, 1996:380-456.

Gölbaşı Z, Tuğut N, Erenel AŞ, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Tıp Derg*, 2014; 36:1-10.

Grimm R, Grandits G, Prineas R, McDonald R, Lewis C, Flack J, Yunis C, Svendsen K, Liebson P, Elmer P. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. *Hypertension*, 1997, 29:8-17.

Giuliano F, Clement P. Neuroanatomy and Physiology of Ejaculation. *Annu Rev Sex*, 2005, 16:190-216.

Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 2011, 22(3):166-176.

Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1:68-79.

Gümrükçüoğlu OF, Ünüvar N, Buzgan T, Demirtaş İ, Çom Ş, Odabaş Ö, Yol S, Tokaç M, Civelek B, Keskinlik B, Bağcı H, Kesici C, Mollahaliloğlu S, Yıldırım A, Erol Ç, Ö, Uçan S, Yorgancıoğlu A, Ayvaz G, Karakoç A, Eskioğlu E, Yalçın B, Erman M, Aydemir Ç, Öztürk Ş, Bakaç G, Yalçın B, Güler S, Delibaş T, Çakır B, Yardım N, Gögen S, İmamecioğlu AR, Vardar C, Bulun M, Şenalp Z, Eyicil Ö, Demiralp KÖ, Akalın D, Göktaş E, Çobanoğlu N. Prevention and Control Program for Cardiovascular Diseases Strategic Plan and Action Plan for the Risk Factors. Ankara, Republic of Turkey, Ministry of Health Directorate, General Primary Health Care Services, 2009.

Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Derg*, 2003; 29(1):43-48.

Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 2009, 8(2):167-172.

Hall SA, Shackelton R, Rosen RC, Araujo AB. Sexual activity, erectile dysfunction and incident cardiovascular events. *Am J Cardiol*, 2010, 105(2):192-197.

Harrap SB. Blood Pressure Genetics. *In: Hypertension: Companion to Brenner and Rector's The Kidney*. Oparil S, Weber MA. (Eds.). 2nd ed., Philadelphia, Elsevier Saunders, 2005:830-857.

Huan YJ, Jian BP. Erectile dysfunction, association of areca nut chewing with risk of the erectile dysfunction. *Sex Med*, 2017, 5:163-168.

Irmak Z, Düzöz T, Bozyer İ. Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. *Muğla Üniv Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Yüksekokulu Derg*, 2007:39-47.

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

Jepson ER. Feline systemic hypertension: Classification and pathogenesis. *J Feline Med Surg*, 2011, 13(1):25-34.

Javaroni V, Neves MF. Erectile dysfunction and hypertension: Impact on cardiovascular risk and treatment. *Int J Hypertension*, 2012:1-11.

Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global Burden Of Hypertension: Analysis Of Worldwide Data. *Lancet*, 2005, 365(9455):217-223.

Khan M. Hypertension. *In: Heart Disease Diagnosis And Therapy A Practical Approach*. 2nd ed., New Jersey, Humana Press Inc., 2005:299-344.

Kalaycı MC, Eroğlu, H. Yetişkin Erkeklerde Fiziksel Aktivite Düzeyine Göre Cinsel Yaşamın İncelenmesi. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bil Derg*, 2016, 11(2):92-99.

Kara B, Uzun ř, Yokuřođlu M, Uzun M. Hipertansiyon hastalarında ilaē bilgisinin kan basıncını dūřürmek için uygulanan yöntemlere etkisi. *TAF Prev Med Bull*, 2009, 8(3):231-238.

Karakoyunlu BF, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*, 2009, 12:3.

Kastarinen M, Antikainen R, Peltonen M, Laatikainen T, Barengo NC, Jula A, Salomaa V, Jousilahti P, Nissinen A, Vartiainen E, Tuomilehto J. Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Finland during 1982–2007. *J Hypertens*, 2009, 27(8):1552-1559.

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

Kerez A. Direnēli hipertansiyon tanısı ve sekonder nedenler. *HT Bülteni*, 2015, 2:3.

Kılıē M. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda hipertansiyon prevalansı, farkındalığı, kontrolü ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 2013, 12(1):79-86.

Kloner R. Erectile dysfunction and hypertension. *Inter J Impot Res*, 2007, 19(3):296-302.

Kolay E, Duygulu D, Kartal B, Ünalın E, Bozdoğan EM. Hastaların yaşam tarzı değişiklikleri konusundaki bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının kardiyovasküler hastalıklarının seyrine yansımalarının değerlendirilmesi. 15. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci Sempozyumu, Ankara, 2013.

Kostis JB, Jackson G, Rosen R, Barret –Connor E, Billups K, Burnett LA, Carson C, Cheitlin M, Debusk R, Fonseca V, Ganz P, Goldstein I, Guay A, Hatzichritou D, Hollander JE, Hutter A, Katz S, Kloner RA, Mittleman M, Montorsi F, Montorsi P, Nehra A, Sadosky R, Shabsigh R. Sexual dysfunction and cardiac risk. *Am J Cardiol*, 2005, 96:313-321.

Kovell LC, Ahmed HM, Misra S, Whelton SP, Prokopowicz GP, Blumenthal RS, McEvoy JW. US Hypertension Management Guidelines: A review of the Recent Past and Recommendations for the Future. *J Am Heart Assoc*, 2015, 4(12):e002315. doi: 10.1161/JAHA.115.002315.

Kozan Ö, Oğuz A, Abaci A, Erol C, Öngen Z, Temizhan A. METSAR (Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması). *Eur J Clin Nutr*, 2007, 61(4):548-553.

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.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. *JAMA*, 1999, 281(6):537-544.

Laurence DR, Bennett PN. Kidney And Urinary Tract. Diuretics. *In: Clinical Pharmacology*. 7th ed., ELBs with Churchill Livingstone Edinburgh, 1992:459-447.

Li W, Liu L, Puente JG. Hypertension and healthrelated quality of life: An epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens*, 2005, 23:1667-1676.

Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Sexual activity after myocardial infarction: Taboo or lack of knowledge? *Arq Bras Cardiol*, 2008, 90(3):156-159.

Mancia G, De Backer G., Dominiczak A., Cifkova R., Fagard R., Germano G., Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Boudier HA, Zanchetti A, Vahanian A, Camm J, De Caterina R, Dean V, Dickstein K, Filippatos G, Funck-Brentano C, Hellems I, Kristensen SD, McGregor K, Sechtem U, Silber S, Tendera M, Widimsky P, Zamorano JL, Erdine S, Kiowski W, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Lindholm LH, Viigimaa M, Adamopoulos S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Bertomeu V, Clement D, Erdine S, Farsang C, Gaita D, Lip G, Mallion JM, Manolis AJ, Nilsson PM, O'Brien E, Ponikowski P, Redon J, Ruschitzka F, Tamargo J, Van Zwieten P, Waeber B, Williams B. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart J*, 2007, 28(12):1462-1536.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redán J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B, Zannad F. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*, 2013, 31(10):1925-1938.

Manolis AJ, Doumas M, Viigimaa M, Narkiewicz K. Sexual dysfunction in hypertension, European Society of Hypertension scientific newsletter: Update on hypertension management. *Eur Soc Hyp*, 2011, 12(32):1-2.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):442.

Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*, 2001, 62(Suppl 3):10-21.

Nacar D, Erbaydar N. *Hipertansiyon (HT)*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Toplum İçin Bilgilendirme Sunumları, 2015.

Nahimana MR, Nyandwi A, Muhimpundu MA, Olu O, Condo JU, Rusanganwa A, Koama JB, Ngoc CT, Gasherebuka JB, Ota MO, Okeibunor JC. A population-based national estimate of the prevalence and risk factors associated with hypertension in Rwanda: Implications for prevention and control. *BMC Public Health*, 2018, 18(1):2.

Nascimento ER, Maia ACO, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. *J Affective Disorders*, 2015, 181:96-100.

National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance, London: Royal College of Physicians (UK). Hypertension: The Clinical Management of Primary Hypertension in Adults: Update of Clinical Guidelines 18 and 34. National Clinical Guideline Centre (UK) (Eds.), 2011:361-482.

Nayler WG, Fleckenstein A, Laragh JH. The Pharmacology of the Calcium Antagonists. *In: Hypertension - The Next Decade.* Fleckenstein A, Laragh JH. (Eds.). London, 1987:53-66.

Neiman A, Ginde S, Eairin MG, Bartz PJ, Cohen S. The prevalence of sexual dysfunction and its association with quality of life in adults with congenital heart disease. *Int J Cardiol*, 2017, 228:953-957.

Oates JP. Antihypertensive Agents and the Drug Therapy of Hypertension. *In: Goodman Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics.* Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG. (Eds.). 9th Ed., New York: McGraw Hill Company, 1995:780-808.

Onat A, Doğan Y, Uyarel H, Ceyhan K, Uzunlar B, Yazıcı M. Erişkinlerimizde kan basıncı ve kontrol altında tutulması yönünde gelişme, *Türk Kardiyol Dern Arş*, 2002, 30:749-757.

Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V. Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: Sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş.*, 2004, 32:533-541.

Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sexual Med*, 2007, 4:1575-1581.

Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi değerlendirme formu. *Sürekli Tıp Eğitim Derg*, 2004, 13:100-104.

Önen C, Güneş G. Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı Ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, 2015.

Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim*, 2005, 18(2):4-7.

Özcan H, Kızılkaya Beji NK. Menopoz Döneminde Cinsellik. *Androloji Bülteni*, 2014, 58:209-211.

Özerdoğan N, Saymer FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg*, 2009, 2(2):46-59.

Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıç Z. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Derg*, 2005, 27(3):89-94.

Özkan M, Çölbay M. Afyonkarahisar İli Dinar İlçesi 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.

Özkara A, Turgut F, Selçoki Y, Kanbay M, Karakurt F, Tekin O. Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları. *Yeni Tıp Derg*, 2008, 25:97-101.

Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y. Kayseri İlinde 30 ve Üzeri Yaş Grubunda Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Derg*, 2011, 33(3):219-228.

Öztürk H, Gümüş B. Metabolik Sendrom ve Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon. *Androloji Bülteni*, 2014, 16(56):77-82.

Pa J, Oparil S, Carter BL, Cushman W C, Dennison-Himmelfarb C, Handler J. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. *JAMA*, 2013, 1097(5):1-14.

Plath DW, Mbwambo JK, Fonner VA, Horowitz B, Zager P, Schrader R, Fredrick F, Laggis C, Sweat MD. Prevalence of chronic kidney disease, diabetes and hypertension in Rural Tanzania. *Kidney International Reports*, 2018:1-11.

Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 1997, 277:739-45.

Pehlivanoğlu M, Altuntaş Y, Hipertansif Hastaların Metabolik Sendrom Parametreleri ve Ambulatuvar Kan Basıncı Monitörizasyon Sonuçları ile Ekokardiyografi Bulgularının Karşılaştırılması, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

Pelit ES, Atış G, İlhan E, Çanakcıl C, Güner B, Canat HL, Çaçkurlu T. Organik kaynaklı erektil disfonksiyon tanısı konulan hastalarda risk faktörlerinin analizi. *Yeni Üroloji Derg*, 2013, 8(2):10-14.

Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1995, 9:85-95.

Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Tıp Araştırmaları Derg*, 2009, 7(2):105-113.

Reboussin DM, Allen BN, Griswold EM, Guallar E, Hong Y, Lackland TD, Edgar (Pete) RM, Polonsky T, Thompson-Paul MA, Vupputuri S. Systematic Review For The 2017 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. 2018, 71(19):2176-2198.

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. *Urology*, 1997, 49:822-836.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shansigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex & Marital Ther*, 2000, 26:191–208.

Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N. The International Index of Erectile Dysfunction (IIEF): A State of the Science Review. *Int J Impotence Res*, 2002, 14(4):226-244.

Sabuncu T, Sönmez A, Bayram F, Cesur M, Aydoğdu A, İzol Torun AN, Bozkırlı E, Aslan İ, Ertek S, Özüğuz U, Üçler R. Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, 2017.

Salehian R, Khodaeifar F, Naserbakht M, Meybodi A. Attitudes and Performance of Cardiologists Toward Sexual Issues in Cardiovascular Patients. *Sexual Med*, 2017, 5(1):44-53.

Samur G, Yıldız E. *Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon*. Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008: 7-15.

Sarwer D, 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.

Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, Karatan O, Turgan Ç, Hasanoglu E, Çağlar S, Ertürk S. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertension*, 2016, 34(6):1208-1217.

Seyrek N. Hedef kan basıncı değeri ne olmalıdır? Kimler tedavi edilmelidir? *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Derg*, 2004, 13(2):8-13.

Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. *J Postgrad Med*, 2009, 55:113-20.

Smith S. Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 2004, 3(2):20-22.

Smith S. Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 2007, 6(3):111-114.

Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Derg*, 2015, 42(2):199-207.

Stadler T, Bader M, Uckert S. Advers effects of drug therapies on male and female sexual function. *World J Urology*, 2006, 24:623-629.

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

Tanrıverdi B, Savaş Tetik Ş. Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 2017; 21: 1-9.

Taş F, Büyükbese MA. Hipertansiyonda farkındalık ve hemşirenin rolü. *TAF Prev Med Bull*, 2013, 12(6):729-734.

Tashbulatova D, Arıdoğan A. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Üroloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.

Teke N, Arslan S. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniv Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg, DEUHFED*, 2018, 11(2):120-128.

TUİK İstatistiklerle Kadın Raporu 2016 . Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 24643, 07 Mart 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24643>

Tunç L, Küpeli B, Tuncel A, Biri H, Kordan Y, Deniz N, Bozkırlı İ. Erektile disfonksiyon kardiyovasküler hastalığın erken habercisi olabilir mi? *Fırat Tıp Derg*, 2007, 12(2):128-131.

Turan V, Kopuz A, Özcan A, Kocakaya B, Şahin C, Solmaz U. Sexual dysfunction in infertile Turkish females: Prevalence and risk factors. *Eur J Obstetrics & Gynecol Reproductive Biol*, 2014, 182:128-131.

Tümer A, Baybuğa M, Dereli F, Uysal D. Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri. *J Cardiovascular Nursing*, 2016, 7(13):105-113.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, PatenT-2, 2012.

http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. Erişim tarihi: 1.Haziran.2018.

Uluocak N, Atılgan D, Ceyhan K, Erkorkmaz Ü, Erdemir F, Parlaktaş BS. Koroner anjiyografik veriler ışığında erektil disfonksiyona bakış. *Türk Üroloji Derg*, 2009, 35(4):316-321.

Uysal H. Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Derg*, 2015, 6(9):1-14.

Uysal HB, Yaşar MB, Sönmez HM. Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. *Türk Aile Hekimliği Derg*, 2016, 20(2):60-69.

Vicdan N, Özer ZC. Miyokard infarktüsü ve cinsel işlev bozukluğu. *Türk Kardiyol Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Derg*, 2011, 2(2):2-6.

Vehid S, Aran SN, Köksal S, Özdemir H, Işıloğlu H, Şenocak M. Silivri Bölgesi kadınlarında menopoz ve özellikleri. *T Klin Tıp Bilimleri*, 2001, 21:493-499.

Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *European Heart J*, 2013, 34(27):2034-2046.

Wang W, Elisa TL, Richard RF, Richard D, Lyle B, Thomas KW, Howard BV. A longitudinal study of hypertension risk factors and their relation to cardiovascular disease: the Strong Heart Study. *Hypertension*, 2006, 47(3):403-409.

Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertension*, 2014, 16(1):14-26.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbigele B, Smith CS, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017 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: Executive Summary: A Report of The American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 2018, 71(6):1269-1324.

Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertension*, 2003, 21(11):1983-1992.

World Health Organization. *A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis: World Health Day 2013*. World Health Organization, 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 1.Haziran.2018

Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int J Impotence Res*, 2010, 22:220-226.

Yıldırım EA. Sağlıklı ve doyumlu cinsel yaşam, cinsel haklar ve etik: Danışmanlıktan cinsel terapiye psikiyatristin rolü ve sınırları. *Psikiyatride Güncel*, 2014, 4(4):307-316.

Yıldız H, Pınar R. Miyokard İnfarktöslü Hastalarda Cinsel Disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Derg*, 2004, 4:309-317.

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

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

Yurdakul S, Aytekin S. Kadınlarda Hipertansiyon, *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2010, 38(1):25-31.

Zungur M, Yıldız A. Hipertansif Hastaya Yaklaşım, *STED*, 2004, 13(8):297-304.



EK-1. GENEL BİLGİ FORMU (KADIN)

Yaş:	Memleket:	Yaşamının çoğunu geçirdiği il:				
Medeni durum:	1. Evli	2. Beraber yaşama	3. Bekar	4. Dul		
Evli iseniz, kaçınıcı evliliğiniz?	1. Sizin.....		2. Eşinizin.....			
Çocuğunuz var mı?	1. Evet /	Kaç tane?.....		2. Hayır		
Mesleğiniz:	1. Ev Hanımı	2. Emekli	3. İşçi	4. Serbest Meslek	5. Memur	6. Diğer:
Çalışıyor musunuz?	1. Hayır	2. Tam gün	3. Yarım gün / Belli saatlerde			
Eşiniz çalışıyor mu?	1. Evet	2. Hayır				
Eşinizin mesleği:	1. Ev Hanımı	2. Emekli	3. İşçi	4. Serbest Meslek	5. Memur	6. 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. Önlisans	7. Lisans	8. Lisansüstü			
Eşinizin öğrenim düzeyi nedir? 1. Okuma yazma yok	2. Okur-yazar	3. İlkokul	4. Ortaokul	5. Lise		
	6. Önlisans	7. Lisans	8. Lisansüstü			
Alışkanlıklar						
1. Sigara	1. Kullanıyor		2. Bırakmış		3. Kullanmıyor	
	Süre.....	Miktar.....	Süre.....	Miktar.....		
2. Alkol	1. Kullanıyor		2. Bırakmış		3. Kullanmıyor	
	Süre.....	Miktar.....	Süre.....	Miktar.....		
Egzersiz	1. Düzenli olarak yapıyorum (.....gün/hafta.....dakika/gün)				2. Yapmıyorum	
Egzersiz tipi: 1. Yürüyüş 2. Diğer:.....						
Kan Basıncı	Sistolik.....mmHg		Diastolik.....mmHg			
Boy:	Kilo:		BKI:			
Laboratuvar Testleri (Dosyadan alınacak)						
T. Kolesterol:			LDL:			
Trigliserid:			VLDL:			
HDL:						
Tanı:						
Tanı Süresi:						
Diğer kronik hastalıkları/Tanı tarihi:						
Kullandığımız İlaçlar:						
Adı:	Dozu:	Günlük Dozu:		Kullanım süresi:		
Menopoza (6 aydan uzun süre adet görmeme) girdiniz mi? 1. evet (Süre:.....yıl önce) 2. hayır						

EK-2. GENEL BİLGİ FORMU (ERKEK)

Yaş:	Memleket:	Yaşamının çoğunu geçirdiği il:			
Medeni durum:	1. Evli	2. Beraber yaşama	3. Bekar	4. Dul	
Çocuğunuz var mı?	1. Evet /	Kaç tane?.....	2. Hayır		
Mesleğiniz nedir?.....					
Çalışıyor musunuz?	1. Hayır	2. Tam gün	3. Yarım gün / Belli saatlerde		
Eşiniz çalışıyor mu?	1. Evet	2. Hayır			
Eşiniz çalışıyorsa, yaptığı iş?					
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. Kötü	2. Orta	3. İyi / Çok iyi		
Öğrenim düzeyiniz nedir?.....					
Eşinizin öğrenim düzeyi nedir?.....					
Alışkanlıklar					
1. Sigara	1. Kullanıyor	2. Bırakmış		3. Kullanmıyor	
	Süre.....	Miktar.....	Süre.....	Miktar.....	
2. Alkol	1. Kullanıyor	2. Bırakmış		3. Kullanmıyor	
	Süre.....	Miktar.....	Süre.....	Miktar.....	
Kan Basıncı	Sistolik.....mmHg		Diastolik.....mmHg		
Boy:	Kilo:	BKI:			
Laboratuvar Testleri					
T. Kolesterol:	VLDL:				
Trigliserid:	LDL:				
HDL:					
Tanı:					
Tanı süresi:					
Diğer kronik hastalıkları/Tanı tarihi:					
Kullandığı Diğer İlaçlar:					
Adı:	Dozu:	Günlük Dozu:	Grubu:		

EK-3. KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI)

Aşağıdaki sorulara durumunuzu en net açıklayan şekilde cevap vermeniz, size yardım şansınızı 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 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 vaginanızın 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 tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

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

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

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

- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı 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
- Çogu 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
- Çogu 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-4. EREKSİYON İŞLEVİ ULUSLARARASI DEĞERLENDİRME FORMU (IIEF)

Aşağıdaki sorulara durumunuzu en net açıklayan şekilde cevap vermeniz, size yardım şansınızı 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 bulundunuz?

- 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 duyduunuz?

- 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-5. 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 karşılaştığımızda genel olarak sağlığımızı 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 süpürGESİNİ İTMEK GİBİ ORTA/ HAFİF 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; sınırlı 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 sağlığınıza 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 sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	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
I. 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

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansif bireylerde cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Hicran Yıldız			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Neslişah Ünal			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması			
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	05.02.2016 / 6 ay			
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	200			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	06.01.2016	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.01.2016	Türkçe
	ANKET FORMU (genel bilgi formu)	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 06.01.2016
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 06.01.2016
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>	
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:06.01.2016
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırma ilk başvuru ön yazısı (06.01.2016), AD bilgilendirme yazıları, sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür.	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansif bireylerde cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi
------------------------------	---

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2016-2/ 6	Tarih : 02 Şubat 2016
	<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.</p> <p>1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,</p> <p>2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER										
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza	
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Pinar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İzinli	
Yrd.Doç.Dr.Sezer ERER Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Uz.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		

*:Toplantıda Bulunma

EK-7. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Neslişah ÜNAL
Doğum tarihi	: 20.07.1992
Doğum yeri	: Bandırma
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yüzüncüyıl Mah., 416. Sok., Çamlıkent Sitesi, A-Blok, Daire:2 Nilüfer/BURSA
Tel	: 05445297764
E-mail	: uneslisah@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Şehit Mehmet Gönenç Lisesi
Lisans	: Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2010 - 2014)
Yüksek Lisans	: Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014 - halen)