

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HİPERTANSİF EVLİ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON
BOZUKLUĞU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Seyfettin KAYA

Tez Danışmanı
Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2020

Seyfettin KAYA

HİPERTANSİF EVLİ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİSTANBUL, 2020



T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HİPERTANSİF EVLİ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON
BOZUKLUĞU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Seyfettin KAYA
174003134

Tez Danışmanı
Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2020

ÖZET

Bu çalışmada, en az üç ay önce hipertansiyon tanısı konmuş ve ilaç tedavisi gören evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu düzeyini belirlemek ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Çalışmanın evrenini, en az üç ay önce hipertansiyon tanısı almış, aktif cinsel hayatı devam eden 290 kadın oluşturmuş, evren belli olduğu durumda örneklem hesaplama formülüne göre belirlenen 140 kadın ile çalışma tamamlanmıştır. Katılımcıların cinsel fonksiyon bozukluğunu değerlendirmek amacı ile Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (KCSÖ) kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $53,3 \pm 8,27$ 'dir (min:35; max:70). Hipertansif kadınlardan yüksek yaş ve düşük eğitim seviyesine olanların anlamlı düzeyde daha yüksek CFB olduğu tespit edilmiştir. Kendilerini şişman olarak tanımlayan, menapoz döneminde olan ve hipertansiyon dışında başka kronik hastalıkları olan kadınların KCSÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır ($p < 0,05$). Kadınların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra aylık cinsel birliktelik sayıları belirgin bir şekilde düşerken, cinsel birlikteliğe başlama isteğinin azaldığı da tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların aldıkları hipertansiyon ilaç dozu, sistolik ve diastolik tansiyon değerleri ile KCSÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon elde edilmiştir.

Hipertansiyonun kadınlarda KCSÖ puan ortalamasını arttırdığı ve cinsel fonksiyon bozukluğuna (CFB) katkı sunduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle hipertansiyon tanısı alan kadınların CFB açısından değerlendirilmesi ve önleyici girişimlerde bulunulması önemli bir gerekliliktir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Kadın, Cinsel Sıkıntı

ABSTRACT

SEXUAL DYSFUNCTION IN THE HYPERTENSIVE MARRIED WOMEN AND AFFECTING FACTORS

In this study, it was aimed to determine the level of sexual dysfunction and to determine the factors affecting the married women who were diagnosed with hypertension at least three months ago and who received drug treatment.

The study is descriptive and cross-sectional. The population of the study was composed of 290 women who had been diagnosed with hypertension for at least three months and continued their active sexual life, and the study was completed with 140 women according to the sample calculation formula when the population is known. In order to evaluate the sexual dysfunction of the participants, the Female Sexual Distress Scale (FSDS) was used.

The average age is 53.3 ± 8.27 (min: 35; max: 70). It was determined that hypertensive women had significantly higher CFB in women with high age and low education level. The women who defined themselves as obese, who were in the menopause period and who had other chronic diseases other than hypertension had significantly higher mean scores on CESS ($p < 0.05$). It has been found that while the number of monthly sexual intercourse decreases significantly after the women are diagnosed with hypertension, the desire to start sexual intercourse decreases. A weak positive correlation was obtained between the hypertension drug dose, systolic and diastolic blood pressure values of the women participating in the study, and the mean score of KCSS.

It has been determined that hypertension increases the mean score of CLSS in women and contributes to sexual dysfunction (CFB). For this reason, it is an important requirement to evaluate the women diagnosed with hypertension in terms of CFB and to preventive interventions.

Key Words: Hypertension, Female, Sexual distress.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten; tezimin her aşamasında benden yardımlarını, desteğini, sabrını ve bilgisini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ'a en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmalarım boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli eşim sevgili arkadaşım ve mesai arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca maddi ve manevi hayatımın her döneminde yanımda olan aileme sonsuz teşekkürler ederim.

Seyfettin KAYA

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Seyfettin KAYA



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ	x
SİMGE VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
Hipertansiyon.....	4
Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	5
Hipertansiyonun Etiyolojik Sınıflandırılması	5
Kan Basıncı Değerine Göre Hipertansiyon Sınıflandırılması	5
Hedef Organ Hasarına Göre Sınıflandırma	6
Hipertansiyon Epidemiyolojisi	6
Hipertansiyon Fizyopatolojisi.....	7
Hipertansiyonun Belirti ve Bulguları	8
Hipertansiyon Tanısı	8

Hipertansiyonda Risk Faktörleri	10
Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	10
Önlenebilir Risk Faktörleri.....	11
Hipertansiyon Tedavisi	12
Farmakolojik Tedavi	13
Non-Farmakolojik Yaklaşımlar.....	14
Hipertansiyon Komplikasyonları.....	17
Cinsel Sağlık Kavramı.....	17
Cinsel Fonksiyon Bozuklukları	17
Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	18
Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Etyolojisi.....	19
Vasküler Nedenler.....	19
Nörojenik Nedenler	19
Hormonal Nedenler	19
Müsküler Nedenler.....	19
Psikolojik Nedenler	20
6. Yaşlılık.....	20
Cerrahi Müdahaleler	20
Kullanılan İlaçlar	20
Sosyokültürel ve Sosyodemografik Nedenler	20

Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Epidemiyolojisi	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
Araştırmanın Tipi.....	23
Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
Veri Toplama Araçları.....	24
Araştırmanın Etik Yönü	24
Araştırmanın Değişkenleri	24
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	25
Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılığı	25
4. BULGULAR	26
Tanımlayıcı Özellikler	26
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
KAYNAKLAR.....	45
EKLER	57
EK-1 Anket Formu.....	57
EK- 2: Ölçek Kullanım İzni.....	60
Ek-3: Etik Kurul Onayı	61
EK-4: Kurum İzni	62
Özgeçmiş.....	63

TABLÖLER LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	26
Tablo 2. Kadınların Sağlıklı Yaşam Davranışlarına İlişkin Bilgiler.....	27
Tablo 3. Kadınların Genel KCSÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bilgiler.....	28
Tablo 4. Kadınların KCSÖ Puanları İle Sosyo Demografik Verilerin İncelenmesi....	30
Tablo 5. Kadınların KCSÖ Puanları İle Genel Sağlıklı Yaşam Verilerinin İncelenmesi	31
Tablo 6. Kadınların KCSÖ Puan Ortalamaları ile Cinsel Yaşam ve Tansiyona İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi	33
Tablo 7. Hipertansiyon Tanısı alma ile Cinsel Birliktelik Sayısının İncelenmesi.....	34
Tablo 8. Hipertansiyon Tanısı alma ile Cinsel Birliktelik Karar Alma Durumlarının İncelenmesi.....	Error! Bookmark not defined.
Tablo 9. Kadınların Tansiyon Düzeyi, Cinsel Birliktelik sayıları ve ilaç dozu İle KCSÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	35

SİMGE VE KISALTMALAR

AFUD	: Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı(AFUD)
ark.	. Arkadaşları
CFB	: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
KCSÖ	: Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UAI	: Evrensel Değerlendirme Ölçeği
vb.	: Ve benzeri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
yy.	: Yüzyıl
%	: Yüzde

1. GİRİŞ

Hipertansiyon dünyada en sık görülen kardiyovasküler hastalık olması ve yüksek mortalite oranları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2015) raporlarına göre hipertansiyon en sık ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (2). Yine WHO Raporuna (2012) göre, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde hipertansiyon düzeyi diğerler ülkelere göre daha yüksektir (3). Ayrıca, tahminlere göre; 2025 yılında dünyadaki yetişkin hipertansiyon seviyesinin % 29,2'ye yükselmesi beklenmektedir (4-6). Arteriyel hipertansiyonu olan kişi sayısı 2015 yılında kırk yıl öncesine göre %90 artarak 1,13 milyar seviyesine ulaşmıştır (7). Bu durum Dünyada hipertansiyonu olan insanların sayısı her geçen gün artacağının göstergesidir.

Arteriyel kan basıncı yükseldikçe kalp krizi, kalp yetmezliği, inme ve böbrek yetmezliği insidansı da artmaktadır (8-13). Özellikle 40 ile 70 yaş aralığındaki bireylerde, sistolik kan basıncında 20 mmHg'lık bir artışın kardiyovasküler hastalık gelişme riskini iki katarttırdığı bildirilmektedir (14-16).

Türkiye'de yapılan hipertansiyon prevalansı üzerine bir çalışmada, hipertansiyon hastalarının sadece %40,7'sinin hastalığının farkında olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada hastalar tarafından ilaç kullanımı % 31 civarında iken, kan basıncı yalnızca hipertansiyon hastalarının %8'inde düşük seyrettiği tespit edilmiştir (17). Türkiye'de arteriyel hipertansiyon prevalansı üzerine yapılan bir araştırmanın sonuçlarına dayanarak, hipertansiyon ve böbrek hastalığı ilişkisi üzerine bir çalışma yapılmış olup; hipertansiyon prevalansının yaklaşık üçte biri; hipertansiyonu olan kişilerin yarıya yakınının antihipertansif ilaçlar kullandığı tespit edilmiştir. Türk toplumunda hipertansiyon yaygınlığının nedeni olarak; insanların yüksek tansiyon ve kan basıncını kontrol etmede zorluklar hissetmedikleri ve bunun yanında hipertansiyon konusunda bilgilendirilmek, tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerinin önerilmediği gösterilmiştir (19).

Kan basıncının regüle edilmesinin faydaları bilinmesine; rağmen sağlık kuruluşlarındaki tansiyon taramalarının yeterli olmadığı bildirilmektedir (20). Bu durumun en önemli nedeni hastaların tedaviye uyum göstermemeleridir (20, 21). Hipertansiyonu olan kişiler üzerinde yapılan çalışmalarda, hastaları eğitmek için yeterli zaman harcanmadığı; eğitimin içeriğinin esas olarak ilaç tedavisinden oluştuğu, hastaların talebi

doğrultusunda bilgilendirilme yapıldığı ve bu durumun hasta uyumunu olumsuz etkilediği bulunmuştur (14).

Hipertansiyonun düzenli tedavisi ve izlenmesi; hipertansiyon komplikasyonlarını önemli ölçüde önler (22). Tedavinin uygun şekilde yapılmaması, hipertansiyonun neden olduğu organ hasarını arttırır. Bu nedenle, hipertansiyonun yıkıcı etkilerini önlemek için etkili ve düzenli tedavi önemlidir (23). Hastaların tedavi protokollerine tam olarak uyulmaması sonucunda tansiyon kontrol altına alınamaz ve komplikasyongelişir. Bu durum, kardiyovasküler hastalıklarda artışa, hastanede yatış süresinin uzamasına ve sağlık maliyetlerinin artmasına neden olur ve bireyin yaşam kalitesi tüm bunların sonucunda bireyin yaşam kalitesi bozulur (1,24).

Hipertansiyon ile gözlenen komplikasyonlardan biri de cinsel işlev bozukluğudur. Chen ve diğ. (2012) çalışmasında; hipertansiyonu olan kadınlarda, cinsel işlev bozukluğu prevalansının % 20 ile % 36,3 arasında; erkeklerde ise % 25,3 ile % 34,2 arasında değiştiği bulunmuştur (25). Bu göstergenin hastaların etnik kökenine, yaşam kalitelerine, yeme alışkanlıklarına, alkol ve sigara kullanımına ve kronik hastalıkların varlığına bağlı olarak değiştiği bildirilmiştir.

Ünal (2018) tarafından hipertansiyonu olan bireylerde yapılan bir çalışmada; kadınlarda cinsel işlev bozukluğu % 69,4 olarak bildirilmiştir (26). Kadınlarda en çok etkilenen durum cinsel arzudur ve en az etkilenen durum ise ağrıdır. Yaş, cinsiyet, eşlerin mesleği ve eşlerin istihdam durumu, koroner kalp hastalığı, menopoz gibi faktörlerin cinsel işlev bozukluğu oluşumunu etkilediği bulunmuştur. Kadınlarda cinsel arzu ile yaşam kalitesi;

Yapılan çalışmalar, arteriyel hipertansiyonu olan hastalarda cinsel işlev bozukluğunun tanı ve tedavisinin, bir kişinin cinsel yaşamında ve evliliğinde ve yaşam kalitesinde iyileşmeye yol açtığını göstermektedir (27-29). Ülkemizde utangaç durum ve kültürel yapıdan kaynaklanan tabular, insanların cinsel yaşamlarıyla ilgili sorunları olduğunda sağlık çalışanlarından yardım almasını engellemektedir. Bu durum göz önüne alındığında, hipertansiyonu olan hastalarda cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi ve tanısı daha önemli hale gelmektedir. Hemşirelik yaklaşımları, hastanın ihmal edilen durumlarının (cinsel işlev bozukluğu, utanç, tereddüt) belirlenmesi, teşhis edilmesi ve

değerlendirilmesi açısından önemlidir. Hemşireler, hasta ile sağlıklı ve kaliteli bir ilişki kurarak hastayı yönlendirmede aktif rol oynarlar.

Bu çalışmada, en az üç ay önce hipertansiyon tanısı konmuş ve ilaç tedavisi gören evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu düzeyini belirlemek ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Hipertansiyon

Kan basıncı, kan vücuda pompalandığında arter duvarında oluşturduğu basınçtır (30). Arteriyel kan basıncı iki farklı şekilde ifade edilir. Birincisi; sistolik basınç olarak tanımlanır. Sol ventrikülün aort içine kan pompaladığında ortaya çıkan basınçtır. İkincisi ise diyastolik basınçtır. Sol ventrikülün aort içine kan pompaladığı sırada damar duvarının kana karşı oluşturduğu basınçtır (31). Hipertansiyon; uygun koşullarda yapılan ölçümlerde sistolik kan basıncının 140 mm Hg ve üstü diyastolik kan basıncının ise 90 mmhg ve üstü bir değerin ölçülmesi durumu olarak belirlenmiştir (19, 32).

Arteriyel vasküler sistemdeki kalp döngüsünün sistolik periyodu arter içerisindeki en yüksek, diyastolik dönemin ise en düşük basıncı; olduğu periyotlardır. Bu iki basınç her bir kalp atımı sonucunda meydana gelir. Kalbin dakikadaki atım hacmi; kardiyak output, kalp debisi ve periferik dirençle değişir (33). Bu denkleme göre, kan basıncı kalp debisi ve periferik dirençle doğru orantılıdır. Sistolik basınç sırasındaki kardiyak debi değişiklikleri ve diyastolik basınç sırasındaki periferik direnç değişiklikleri, kan viskozitesini ve periferik direnci etkiler (34). Artan viskozite periferik direnci artırır ve kan basıncında artışa neden olur (35).

Kardiyak output (KO) = Kalp atış hızı (kulaç hacmi) $\times$ Kalp atış hızı. İnme hacmi, ventrikülü sistol içine pompalanan kan miktarıdır. İnme hacmindeki ve nabızdaki artış, kalbi dakikada pompalayacak olan kan miktarını artırır. Kalbe geri dönen kan miktarı (venöz geri dönüş) ile kalbin kasılma gücü inme hacmini etkiler, inme hacmi kalbe geri dönen kan miktarının artması ve kalp gücünün azalmasıyla artar (35).

Vasküler yapı yaşlanma nedeniyle elastik yapısını kaybettikçe sistolik ve diyastolik basınçlar artar (36). Hipertansiyonun sabitliği ve süresi kalp yetmezliğine yol açar. Bu akciğerleri etkiler ve solunum sisteminin işleyişinde anormalliklere neden olur. Sürekli yüksek tansiyon, kan damarlarının hafif tahribatına neden olarak kalp, beyin ve akciğer gibi organlarda kanamaya neden olur (37).

Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon etiyolojisine, kan basıncına ve hedef organın hasarına bağlı olarak üç gruba ayrılır.

Hipertansiyonun Etiyolojik Sınıflandırılması

Hipertansiyon etiyolojisine göre esansiyel (primer) ve sekonder hipertansiyon olmak üzere ikiye ayrılır.

Esansiyel Hipertansiyon

Nedeni bilinmeyen kan basıncında bir artış ve hipertansiyona neden olabilecek herhangi bir bozukluk tespit edilememesi durumu esansiyel hipertansiyon olarak tanımlanmakta ve tüm vakaların% 90-95'ini oluşturmaktadır (38). Esansiyel hipertansiyon, genetik ve epigenetik faktörlerin rol oynadığı bir hastalıktır (39). Esansiyel hipertansiyon, yaşlılık, tuz alımı, alkol ve kahve tüketimi, hareketsiz bir yaşam tarzı, zayıf stres yönetimi, sanayileşme, yüksek kalorili diyetler ve düşük potasyum alımı gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (37).

Sekonder Hipertansiyon

Bu, tüm vakaların %5-10'unu oluşturan başka bir hastalığın neden olduğu hipertansiyondur (40). Kronik böbrek hastalığı, renovasküler hastalık, aort koarktasyonu, feokromositoma, primer aldosteronizm, uyku apnesi, kronik steroid tedavisi, Cushing sendromu, ilaca bağlı hipertansiyon kan basıncında artışa neden olur (32, 41).

Kan Basıncı Değerine Göre Hipertansiyon Sınıflandırılması

Standart koşullar altında yapılan ofis kan basıncı ölçümleri arasında sistolik kan basıncı 140 mmhg ve üzerinde olması ve/veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmhg. üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanır (32).

Avrupa Hipertansiyon Derneği / Avrupa Kardiyoloji Derneği önerileri -ESC / ESH- 2018 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kan basıncını beş farklı aşamada değerlendirmekte olup; normal, yüksek tansiyon, aşama 1, 2 ve 3 hipertansiyon olarak belirlemiştir (32).

Kan basıncı, 120-139 / 80-89 mmhg arasında artmış kan basıncı olarak kabul edilir. Evre 1 arasındaki 140-159 / 90-99 mmhg aralığında hipertansiyon değerleri, sistolik kan basıncı ≥ 160 mmhg'nin üstünde ve / veya diyastolik kan basıncı ≥ 100 mmhg'nin üzerinde evre 2, sistolik kan basıncı ≥ 180 mmhg ve / veya diyastolik kan basıncı ≥ 110 mmhg'nin üstünde evre 3 hipertansiyon olarak sınıflandırılır (32). Sistolik kan basıncı değeri ≥ 140 mmHg'den yüksek ise diyastolik kan basıncı değeri < 90 mmHg'nin altında izole sistolik hipertansiyon olarak kabul edilir (31).

Hedef Organ Hasarına Göre Sınıflandırma

A, B ve C risk gruplarında; 2. 3. evrede hipertansiyonu olan hastalar ele alınmaktadır. Risk grubu A 'da klinik olarak hedef organ hasarı, kardiyovasküler hastalık ve diğer risk faktörleri yoktur. Risk grubu B'de klinik olarak hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık olmamakla birlikte, diyabet, iki majör ya da iki minör risk faktörü vardır (31). Bunlar ateroskleroz, sol ventrikül hipertrofisi, serum kreatinin seviyesinin yükselmesidir (42). Risk grubu C de ise klinik kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı olduğundan dolayı, kalp krizi, inme, böbrek yetmezliği, retinal kanamalar olur (42, 43).

Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, dünyada yaklaşık bir milyar insanı etkileyebilecek gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen bir hastalıktır (44). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2012 raporuna göre, ölüm nedenleri arasında hipertansiyon üçüncü sırada yer almaktadır. Dünya yetişkin nüfusunun %26,4'ünün 2000 yılında hipertansiyonun olduğu bilinmektedir ve bu oran 2025'te %29,2'ye yükselecektir (4,5). Dünyada hipertansiyonu olan insan sayısı kırk yıl öncesine göre % 90 arttı ve günümüzde 1.13 milyara ulaştı (7). Ülkemizde Türk yetişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri (TEKHARF) çalışmasının sonuçlarına göre, hipertansiyon prevalansı %33,7 olup, hastalığın prevalansı yaşla birlikte artmaktadır, ülkemizin kuzeyindeki prevalans %40'ın altında ve güneyde % 30'un altındadır (45). Ülkemizde hipertansiyon prevalansı üzerine yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; 18 yaş üstü hipertansiyon prevalansı %30,3; erkeklerde % 28,4 ve kadınlarda %32,3, kentsel alanlarda hipertansiyon prevalansı %29,6 ve kırsal kesimde %32,5'dir. Hipertansiyon bilinci erkeklerde % 40,6 ve kızlarda %66,9 olarak bulunmuştur. TEK HARF çalışmasına

göre; kadınlarda %37,3, erkeklerde %18,9 olduğu, tüm hipertansif hastalar için kontrol göstergesinin tüm grupta %28,7 olduğu bulundu. Tedavi gören hipertansif hastalarda kontrol düzeyi tüm grupta %53,9, kadınlarda %56,2 ve erkeklerde % 49,2'dir (18).

Hipertansiyon Fizyopatolojisi

Kan basıncının kabul edilebilir sınırlar içinde tutulması birçok fizyolojik mekanizmanın kullanılması ile gerçekleştirilir. Fizyolojik mekanizmalardaki sapmalar, esansiyel hipertansiyonun fizyopatolojisindeki ana değişikliklerdir. Otonom sinir sisteminin işlev bozukluğunun bir sonucu olarak sinir sisteminin sempatik aktivitesi; genetik değişikliklerin bir sonucu olarak su, sodyum ve klorun artan emilimi; renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin (RAAS) aktivasyonu sonucunda sistemik vasküler direnç ve hücre dışı miktarı artış gösterir. Bozulmuş vasküler endoteliumun sonucu olarak arteriyollerin vazokonstriksiyonu; obezite, yüksek trigliseritler ve glikoz intoleransı hipertansiyon oluşumuna neden olur (46). Yaşlanma, kollajen birikimi ve ateroskleroz oluşumu nedeniyle kardiyovasküler sistemin yapısındaki değişiklikler hipertansiyona neden olur (36).

Arteriyel kan basıncını belirleyen faktörler kardiyak output (dakikalar içinde pompalanan kalbin hacmi) ve periferik direnç olarak bilinen sistemik vasküler dirençtir. Kalp debisi ve vasküler direnç arasındaki denge normal kan basıncını sağlar. Kardiyak hipertansiyonda normal kardiyak output normal olmasına rağmen periferik vasküler direnç artar. Periferik vasküler direnç arteriollerin direncini gösterir. Artan hücre içi kalsiyum, arteriole duvarında düz kas kasılması sağlar. Arteriollerin düz kaslarının uzun süreli kasılmaları; anjiyotensin düzeylerindeki artış nedeniyle yapısal değişikliklere ve arteriole ven duvarının kalınlaşmasına neden olur. Bu durum kalp debisini ve kan basıncını arttırır (33, 47).

Böbrek hastalığı, aort koarktasyonu, doğum kontrol hapları sekonder hipertansiyondan kaynaklanmaktadır (40). Kronik böbrek hastalığında; nefronların kaybı, su, sodyum ve klorun tutulması, renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivasyonu ve nitrit oksit gibi vazodilatör maddelerin salınımının azalması sonucunda hipertansiyon tablosu ortaya çıkmaktadır. Renin, anjiyotensin sistemindeki kan basıncının düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Renin, karaciğerden salınan Anjiyotensinojeni

Anjiyotensin-I'e dönüştürür. Anjiyotensin-I, akciğerlerden salgılanan bir Anjiyotensin dönüştürücü enzim kullanılarak Anjiyotensin-II'ye dönüştürülür. Anjiyotensin-II güçlü bir vazokonstriktördür ve kan basıncında artışa neden olur.

Anjiyotensin-II, etkisini Anjiyotensin-I reseptörü aracılığıyla uygular. Aldosteronun adrenal bezlerden salınmasını uyarır ve sodyum ve su tutma nedeniyle kan basıncını yükseltir (47,48).

Hipertansiyonun Belirti ve Bulguları

Hipertansiyonda, semptomlar genellikle ilk başta yoktur ve hastalık fark edilmez (43). Bu nedenle, insanların kan basıncını düzenli olarak ölçmeleri önemlidir. Tansiyonun yükselmesi; baş ağrısı (özellikle sabahları boyun ile başlayan zonklama ağrısı), baş dönmesi, noktüri, burun kanaması, çift görme, bulanık görme, kulak çınlaması, halsizlik, bulantı, kusma, kalp çarpıntısı, yorgunluk, halsizlik, depresyon, kulak çınlaması, nefes darlığı, gerginlik, yüzün kızarıklığı ve sıcaklık hissi gibi belirti ve bulgular ile kendini gösterir (43,44).

Hipertansiyon Tanısı

Yetişkinlerde, klinik muayene sırasında kan basıncı ölçülmelidir. Kalp atım hızı en az otuz saniye olması koşuluyla değerlendirilmelidir (3). Hastanın hipertansiyonunun nedenini belirlemek ve risk faktörlerini belirlemek için ayrıntılı bir tıbbi geçmişe, gerekli laboratuvar muayenelerine ve sistematik fizik muayeneye sahip olmak önemlidir (49). Oskültasyon yöntemi, otomatik veya elektronik dijital gösterge ve kişi için uygun bir manşet kan basıncı monitörü kullanılarak kol üzerinde ölçülmelidir (32). İlk muayenede, hastada bilateral ölçümler yapılmalıdır. Her iki tarafta da yapılan kan basıncı ölçümleri arasında fark varsa, ölçüm yüksek olan taraf ile sürdürülmelidir (32, 50). Ölçüm, kol kalp seviyesinde açık ve istirahatten en az 5 dakika sonra bir sandalyede veya yatarken en az iki dakika sonra yapılmalıdır (50, 51). Ölçüm sırasında kolu bükten giysiler çıkarılmalıdır. Aritmi varlığında, kan basıncını ölçmek için otomatik cihazlar tarafından yapılan ölçümlerin sonuçları yanlış sonuçlar verir. Bu nedenle nabız palpasyonda değerlendirilmeli ve gerekirse manuel ölçümler yapılmalıdır (32, 51). İlk değerlendirmede sistolik kan basıncı değeri 140 mm Hg, diyastolik kan basıncı değeri 80 mm Hg ve üstü olan hastalar

yeniden inceleme için çağrılmalıdır (51). Evde veya ayaktan muayenelerde kan basıncı ölçümleri yapılırken ek bir inceleme yapılncaya kadar, doğru tanı koymak için kan basıncı takibi çok önemlidir. (51,52). Evde ölçümler, hastanın dinlendikten sonra beş dakika boyunca oturma pozisyonunda kaldığı sabah ve akşam en az beş gün yapılmalıdır (50-52). Bununla birlikte, bir kişinin ölçüm sırasında yapabileceği hatalar yanlış sonuçlar verebilir (32).

Tansiyon Ölçerken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Kişi ölçümün başlamasından yarım saat önce sigara, kafein içmemeli veya yemek yememelidir (51). Hasta, kan basıncını ölçmeye başlamadan önce beş dakika boyunca sakin bir ortamda dinlenmelidir. Oda sıcaklığı çok soğuk veya çok sıcak olmamalıdır (32, 51).

Hastaya uygun pozisyon verilmelidir. Hastalar bir sandalyede oturur vaziyette iken kol kalp seviyesinde iken en az iki ölçüm yapılmalıdır ve ilk iki ölçüm arasında önemli farklılıklar varsa; ek ölçümler yapılmalıdır (32, 52).

C Standart bir manşet (otuz beş santimetre uzunluğunda ve on iki ila on üç santimetre genişliğinde kullanılmalıdır), obez hastalar için daha büyük bir manşet ve zayıf hastalar için daha küçük bir manşet kullanılmalıdır. (49).

Kan basıncını ölçülürken kolun kalp seviyesinde olması sağlanmalıdır. Hastanın kolunu kaldırma girişimi kasların kasılmasına neden olarak yanlış ölçüme neden olacağından ölçülen kol desteklenmelidir. (51).

Kalp atım hızı en az otuz saniye palpasyonla değerlendirilmelidir (3, 32). Kısa odak sesleri sistolik ve diyastolik kan basıncını belirlemek için kullanılır. İlk muayenede periferik vasküler hastalıklarla ilişkili farklılıkları belirlemek için her iki tarafta kan basıncı ölçülmeli ve temel olarak daha yüksek bir değer alınmalıdır (53).

Kan basıncı, postural hipotansiyon ile ilişkili durumları tespit etmek için ayakta durduktan bir ve üç dakika sonra ölçülmelidir. Ölçümler arasında sistolik kan basıncı > 20 mmHg. veya diyastolik kan basıncı > 10 mmHg. fark var ise ortostatik hipotansiyon olarak tanımlanır (50).

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü; bir günlük aktivite ve uyku sırasında bir hastaya 24 saat boyunca özel bir cihaz takarak kan basıncı kayıtlarını elde etme prosedürüdür (32,54). Ambulatuvar kan basıncı ölçümü, ilaç direnci, otonomik disfonksiyon, beyaz önlük hipertansiyonu ve ilaca bağlı hipotansif etkinliği incelemek için kullanılır (52). Fırsatların sınırlı olduğu durumlarda; şüpheli gece hipertansiyonu, klinik olarak ölçülen ve evde tansiyon değerlerinde ölçülemeyen uyumsuzluk, uyku sırasında düşük kan basıncı çalışması ve değişken kan basıncı varlığında ayaktan kan basıncı ölçümü (3,32). Bir kişi uyandığında alınan kan basıncı ölçümlerinin ortalama değeri 130/80 mmHg ise, hipertansiyon tanısı düşünülmelidir (32). Laboratuvar testi olarak; genel kan sayımı, açlık kan şekeri, kan sodyum, potasyum kreatinin değerlendirmesi, ürik asit, lipid profili, tam idrar analizi, 12 derivasyonlu elektrokardiyogram (EKG). Ayrıca diyabetli hipertansif hastalardan idrar albümin atılımı aranmalıdır (3, 32).

Hipertansiyonda Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Aile öyküsü: Hipertansiyon gelişiminde rol oynayan faktörlerden biri aile yatkınlığıdır (55). Birinci nesil hipertansiyonun akrabalarında hipertansiyon düzeyi yüksektir. Aile ile ilgili faktörlerin esansiyel hipertansiyon oluşumunda %30-60 oranında etkili olduğu bulunmuştur (56).

Yaş: Hipertansiyon yaşla birlikte artar ve kadınlarda daha sık görülür. PatenT2 (2012) araştırmasına göre; orta yaş grubunda hipertansiyon prevalansı (35-65) %38,3; Kadınlarda %40,5 ve erkeklerde %36,5, bu rakam 65 yaş ve üstü kadınlar için % 84,4'tür; erkeklerde %71,5'e civarındadır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'ne göre; yaş gruplarında hipertansiyon yaygınlığı 18-29 yaş grubunda %5, 30-39 yaş grubunda %11,5, 40-49 yaş grubunda % 29,7, 50-59 yaş grubunda % 53,6 60-69 yaş grubunda % 85,2 ve % 80'den fazla olup, %76,3 olarak tanımlanmıştır. Yaşla birlikte artma eğilimindeki kan basıncı, büyük damarların sertleşmesinden kaynaklanmaktadır (57). Yaş artışı, hipertansiyonlu hastalarda böbrek, kalp ve damar fonksiyonlarında bozulmaya neden olur (55, 56).

Cinsiyet: PatenT2 (2012) hipertansiyon araştırmasına göre, hipertansiyon kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Kadınlarda oral kontraseptif kullanımı ikincil hipertansiyona neden olur. Buna neden olan mekanizma doğru bilgi olmamasına rağmen, estradiolün vazodilatör etkisi, anjiyotensinojen mRNA ekspresyonunun indüklenmesi, toplam renin aktivitesinde bir artış ve insülin direncinde bir artışa bağlı olarak östrojen tarafından karaciğerde renin sentezinde bir artış olarak değerlendirilir (56). Menopoza girmeyen kadınlarda hipertansiyon insidansı düşüktür. Postmenopozal dönemde kadınlarda hipertansiyon sıklığı artar. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2012'ye göre, menopoza girmeyen 40-49 yaş arası kadınlarda hipertansiyon sıklığı menopoza giren 40-49 yaş grubunda %29 ile %45 arasındadır. Menopoza girmemiş 50-59 yaşlarındaki kadınlarda hipertansiyon prevalansı % 54, menopoza giren 50-59 yaş arası kadınlarda ise % 59'dur. Kadınlarda menopoza bağlı kan basıncındaki artışın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, östrojen eksikliği, hipofiz hormonu, obezite veya tuza daha duyarlı olan yaşlı kadınlarda aşırı çalışma ile ilişkilidir (57). Östrojenin tükenmesi ve artmış atriyal natriüretik faktör nedeniyle hipofiz hormonunun aşırı çalışması, plazma renin aktivitesinde bir azalmaya ve kan hacminde ve dolayısıyla hipertansiyonda bir artışa neden olur (Güven, 2011). Menopoz sırasında östrojen eksikliği, arteriyel duvarda elastin azalması ve kollajen birikimindeki artışa bağlı vazokonstriksiyon ile ilişkilidir. Bu nedenle yaşlı kadınlarda sistolik hipertansiyon prevalansı yüksektir (58, 59).

İrk: Hipertansiyon genellikle siyah ırkta beyaz ırktan daha yüksektir. Siyah ırkta yüksek hipertansiyon prevalansının nedeni; fiziksel aktivite eksikliği, obezite, düşük potasyum ve kalsiyum seviyeleri, yüksek tuz alımı ve çevresel stres gibi faktörleridir (15).

Önlenebilir Risk Faktörleri

Obezite: Obezite, hipertansiyon için en önemli risk faktörlerinden biridir. Vücut yağının yağsız vücut kitlesine göre artışına obezite denir ve vücut kitle indeksinin hesaplanması obeziteyi belirlemek için kullanılır (60). PatenT2 (2012) araştırmasına göre, vücut kitle indeksi 30-39,9 kg/m² olan kişilerde hipertansiyon prevalansı % 47,1; vücut kitle indeksi 40 kg / m²'den fazla olan kişilerde hipertansiyon insidansı % 72,4'tür. Dünya Sağlık Örgütü; erkeklerde obezite yüksek tansiyon için risk faktörü olarak bel çevresi (cm) ölçümlerinde; erkekler için 102 cm ve üstü kadınlarda ise 80 cm ve üstü kabul

edilmektedir. Hipertansiyonun ana nedeni sıvı tutulumudur. Obez kişilerde; sempatik aktivite, yağ dokusunda anjiyotensin 2 sentezi, serbest yağ asitlerinin salınımının artması, artan insülin direnci, hiperinsülinemi ve artan leptin seviyeleri nedeniyle sodyum kaynaklı böbrek yetmezliği artar (52).

Fiziksel aktivite eksikliği: Haftada 4-7 gün boyunca günde en az otuz dakika fiziksel hareketlilik (bisiklet sürme, binicilik, yüzmeye) tansiyonda 4-9 mmHg azalma sağlar (61). Fiziksel aktivite vücut ağırlığını, vücut yağ oranını ve bel çevresini azaltırken; yüksek yoğunluklu lipoproteinler (HDL) kolesterol ve insülin duyarlılığını artırır (31). Düzenli fiziksel aktivite, kalp damar hastalıkları ve diğer kronik hastalıkların riskini azaltır, bireyi enerjik tutar ve yaşam doyumunu artırarak kan basıncını düşürür (62).

Alkol ve sigara Kullanımı: Sigara içmek kan basıncını önemli ölçüde artırır, endotel hücre fonksiyonunu bozar ve HDL kolesterolünü düşürür. Sigara içmek lipid profilini ihlal eder ve insülin direncinin artmasına; yol açar. Alkolün sempatik sinir sistemini ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini aktive ederek kan basıncının ve plazma kortizol seviyelerinin artmasına neden olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda alkol, antihipertansif ilaçların etkilerini de azaltmaktadır (42, 44).

Stres: Stres, yüksek tansiyona neden olan çevresel bir faktördür. Stres periferik vasküler direncin artmasını ve sempatik sinir sisteminin aktive olmasını sağlayarak vazokonstriksiyona yol açar. Vazokonstriksiyonun uzaması ve otonomik reaksiyonların sürekliliği kan basıncında artışa neden olur. Stres uzun süreli ve aşırı ise, organlara zarar verir (37).

Beslenme: Tuz alımı ile hipertansiyon prevalansı arasında pozitif bir korelasyon vardır. Aşırı tuz alımı sıvı hacmini ve vasküler reaktiviteyi etkileyerek hipertansiyon oluşumuna neden olur (36, 37).

Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisi farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlar olarak iki başlık altında incelenmektedir.

Farmakolojik Tedavi

İlaç tedavisi prensipleri:

- Tedaviye düşük doz ilaçlarla başlanmalı ve yeterli kan basıncına ulaşılan kadar doz artırılmalıdır.

- Yan etkileri azaltmak ve kan basıncında etkili bir azalma sağlamak için uygun ilaç kombinasyonları kullanılmalıdır.

- İlk ilaç kan basıncını düşürmek için uygun değilse veya yan etkiler ortaya çıkarsa, başka bir antihipertansif ilaç grubundan bir ilaç seçmeli veya dozu artırmak yerine bir kombinasyon ilacı tercih edilmelidir.

-Kan basıncını kontrol etmek için gerekli olan üçlü veya dördü ilaç kombinasyonuna bir diüretik ilaç eklenmelidir (63).

JNC 8 ilaç tedavisi önerileri

Öneri 1:> 60 yaş: Sistolik kan basıncı değeri 150 mmHg ise veya diyastolik kan basıncı değeri ≥ 90 mmHg ise, ilaç tedavisine başlanmalıdır (güçlü öneri - sınıf A).

Öneri 2: <60 yaş: Diyastolik kan basıncı 90 mm mmHg ise, ilaç tedavisine başlanmalıdır (30-59 yaş için güçlü öneri, sınıf A; 18-29 yaş için uzman görüşü, sınıf E).

Öneri 3: <60 yaş: Sistolik kan basıncı 140 mmHg'den düşükse, ilaç tedavisine başlanmalıdır (uzman görüşü - derece E).

Öneri 4:> 18 yaşında ve kronik böbrek hastalığı (KBH): sistolik kan basıncı ≥ 90 mmHg ise, ilaç tedavisine başlanmalıdır (uzman görüşü - derece E).

Öneri 5:> 18 yaşında ve diyabetik: sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg ise. Sanat. Veya diyastolik kan basıncının değeri ≥ 90 mm RT. St., İlaç tedavisi başlatılmalıdır (uzman görüşü, derece E) (64).

ESC 2018 Kılavuzları, bakım tedavisi için başlatılması ve kullanılması gereken dört ilaç grubunu tanımladı ve bu grupların hiçbirine öncelikli kullanım için atanmadı. Bu dört

gruptaki ilaçlar; diüretikler (tiazidler, klortalidon, indapamid), kalsiyum antagonistleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (32).

Joint National Committee ve ESC 2018 kılavuzlarında, beta blokerler ilk tercih edilen ilaçlara dahil değildir. Bunun nedeni olarak; inme gibi kardiyovasküler komplikasyonların görülmesidir. Kan basıncını düşürmek ve diüretiklerle birlikte diyabet insidansını azaltmak için yetersiz olmalarıdır (32,64)

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ana antihipertansif ilaçlar;

- Diüretikleri
- Beta adrenerejik reseptör blokerleri (Betablockers)
- Kalsiyum kanal blokerleri
- Anjiyotensin Dönüştürücü / Kaplama Enzim İnhibitörleri (ACE)
- Anjiyotensin 2 reseptör blokerleridir (53, 65).

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Hipertansiyon, ilaç ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kontrol edilebilen kronik bir hastalıktır (66). PatenT2 (2012) araştırmasına göre, ülkemizde hipertansiyonu olan kişilerin, % 31'i tıbbi bakım almasına rağmen; kan basıncını kontrol etmede % 8 başarı elde edilmiştir (3). Bu sonuç ilaç tedavisinin yetersiz olduğunu ve insanların yaşam tarzında bir değişikliğin gerekli olduğunu göstermektedir (67). Kan basıncını düşürmek, risk faktörlerini kontrol ederek arteriyal hipertansiyonu önlemek ve antihipertansif tedaviye ek olarak ilaç miktarını ve dozunu azaltmak yaşam tarzı değişikliklerinin temel hedefleridir (15).Hipertansiyon ve kalp hastalığı riskine yol açan ve tüm hastalarda kullanılması gereken yaşam tarzı değişiklikleri şunlardır;

İdeal kilonun korunması,

Sebze, meyve ve baklagiller alımının arttırılması, potasyumdan zengin diyet,

Azaltılmış tuz alımı (9 g / gün'den 6 g / güne düşürülmelidir),

Alkol tüketimini sınırlandırılması (<20 gram / gün),

Stres yönetimi,

Haftada dört kez 30-45 dakika fiziksel egzersiz yapılması,

Tütün kullanımını durdurulmasıdır. (49,52,68-70).

Kilo kaybı: Aşırı kilolu hastalarda kilo kaybının kan basıncını düşürdüğü ve hiperlipidemi, insülin direnci, diyabet ve obstrüktif uyku sendromu gibi risk faktörleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (52, 71). 18,5-24,9 kg / m normal vücut kitle indeksi ile vücut ağırlığında on azalma, kan basıncını 5-20 mmHg azaltılmasını sağlar (61).

Diyet: Doymuş yağlar ve kolesterolün aksine, meyve ve sebzeler (4-5 porsiyon veya 300 mg / gün) ağırlıklı bir diyet, kan basıncında 8-14 mmHg düşüşe yol açar. (61). Potasyumun gıda alımının kan basıncı üzerinde düşürücü etkisi vardır (52). Tuzlu yiyeceklerden, özellikle işlenmiş gıdalardan kaçınmak, doymuş yağları azaltmak, meyve ve sebzelerin alımını arttırmak, vücut ağırlığını korumak, sıvı alımını arttırmak, az ve sık aralıklarla beslemek, balık tüketimini arttırmak, pişirme ve saklama koşullarına uymak kan basıncının düşürülmesine katkı sunmaktadır (53, 65).

Tuz alımının azaltılması: Saltürk'e göre (2008), diyetteki tuz alımı kan basıncını arttırmakta ve hipertansiyonun yayılmasına katkıda bulunmaktadır. Hipertansiyonu olan hastalarda günlük sodyum alımı 6 gramın (<100 mEq / L) altında olması kan basıncını 2-8 mmHg oranında azalmasını sağlayabilir (61). Kan basıncının düzenlenmesinde sodyum alımında azalma ile birlikte potasyum alımının artırılması önerilmektedir (54). Düşük tuzlu diyet uygulayan hastaların gıdalara tuz eklememesi, aşırı tuzlu gıdalardan kaçınması, özellikle işlenmiş gıdalar tüketmemesi ve potasyum içeren organik gıdalardan yapılan gıdaları tercih etmemeleri gerekmektedir (31). Diyetle tuzun sınırlandırılması kalp debisini azaltmakla birlikte sol ventrikül hipertrofisini, glomerüler hiperfiltrasyonunu ve proteinüri gerilemesini de sağlar (52).

Alkol tüketiminin azaltılması: Alkol, antihipertansif ilaçların etkilerini azaltır. Hipertansiyonu olan ve alkol kullanan erkeklerde günlük alkol tüketimi 20-30 gr ve

kadınlarda ise 10-20 gr ile sınırlı olmalıdır (72). Orta derecede alkol tüketimi kan basıncını artırma eğiliminde olmasının yanında, fibrojen ve trombosit agregasyonu, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol seviyesini artırır (73).

Stres kontrolü: Psikolojik faktörler, duygusal stres, kişilik özellikleri hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık için risk oluşturmaktadır (34). Hipertansiyona eğilimli insanlarda, hipertansiyon; sempatik sinir sisteminin aktivasyonu, kan damarlarının vazokonstriksiyonu ve duygusal strese tepki olarak diğer otonomik reaksiyonların bir sonucu olarak ortaya çıkar. Normal tansiyonu olan insanlara kıyasla hipertansiyonlu kişilerde strese karşı vazokonstriktör yanıtının daha uzun olması hipertansiyona neden olur (37). Davranışçı terapi (yoga, transdental meditasyon ve psikoterapi) geçici olarak kan basıncını düşürür (66). Stres periferik vasküler direnci, kardiyak debiyi artırır ve sempatik sinir sisteminin aktivitesini uyarır. Anksiyete ve korku gibi duyguları provoke eden durumlar da kan basıncını artırabilir (74).

Fiziksel aktivite: Önleyici ve iyileştirici tıbbi uygulamaların bir parçası olarak; değerlendirilen fiziksel aktivitenin haftada en az otuz dakika boyunca ve orta aerobik fiziksel aktivite olarak yapılması kardiyovasküler hastalık riskini önlemektedir (62). Hareketsiz yaşamı olan kişilerde hipertansiyon gelişme riski; düzenli fiziksel aktiviteye sahip insanlardan% 20-50 daha yüksektir (54). Artan fiziksel aktivite insüline duyarlılığı artırır, dislipidemi ve obeziteyi önler. Fiziksel aktivitede bir artış ile kan basıncında -5,7 / -5,7 mm-Hg 'lık bir azalma elde edilir. Bu nedenle haftada 5-7 kez, en az 30 dakikalık orta-yüksek hızlı dinamik egzersizlerin düzenli olarak yapılması önerilmektedir (31,62). Düzenli aerobik (izotonik) egzersizler yapan hipertansif hastalarda; arteriyal vazodilatasyonun artması ve arteriyal direnci azalması ile sistolik kan basıncında 4-8 mmHg'lık bir azalma gerçekleşir (54,62). Fiziksel aktivite, kan basıncını düşürerek, ağırlığı azaltarak, toplam serum seviyelerini ve LDL kolesterolü düşürerek ve HDL kolesterolü artırarak kardiyovasküler hastalık riskini azaltır (56).

Sigarayı bırakma: Sigarayı bırakma, ölümü önlemede en etkili koruyucu yaklaşımdır (75). Sigara içmek tansiyonu ve nabızı artırır. Bir sigara içiminden yaklaşık 15 dakika sonra tansiyonun yükseldiği görülmektedir. Buna neden olan mekanizmanın katekolaminin uyarılması ile sempatik sisteminin aktive olmasıyla ilişkilidir (72).

Hipertansiyon Komplikasyonları

Hipertansiyon nedeni ile meydana gelebilecek en yaygın komplikasyon koroner kalp hastalıklarıdır. Hipertansiyona bağlı oluşabilecek diğer önemli komplikasyonlar ise; böbrek yetmezlikleri (akut böbrek yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği) , diyabete bağlı oluşan hipertansiyon, kalp yetmezliği hastalıkları, kalp krizi ve felçtir (65). Hipertansiyon bireylerin hayatlarını, yaşam kalitelerini ve tüm aktivitelerini etkilemektedir. Hipertansiyona bağlı olarak etkilenen en önemli aktivitelerden biri de pek dile getirilmese de cinsel sağlık ve hayattır.

Cinsel Sağlık Kavramı

Cinsellik belirlenirken geniş bir çerçeve dikkate alınmalıdır (77). Cinsellik anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan çok faktörlü bir durumdur (78,79). WHO'ya göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin, kişisel, iletişim ve zenginleştirici etkilerin bir kombinasyonundan oluşur (80). Dünya Cinsel Sağlık Derneği ise cinselliği; her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar ve cinsellik, cinsiyet, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, zevk, samimiyet ve üreme kavramlarını içerir (77). Cinsellik, psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkisi altında intrauterin yaşamdan yetişkinliğe kadar gelişir. Bu nedenle, bu faktörlerin doğru uyaranları yaratması, cinselliğin uygun nedenlerle sağlıklı bir şekilde gelişmesini sağlar (81). WHO'ya göre cinsel sağlık; sadece bir hastalık, disfonksiyon veya sakatlık değil, aynı zamanda duygusal, zihinsel ve sosyal refahtır. Cinsel sağlık; kadınların, erkeklerin, ailenin ve dolayısıyla toplumun sağlığının etkilemesi açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur (80).

Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) cinsel fonksiyon bozukluğunu (CFB) ; bir kişinin umduğu cinsel ilişkileri yaşayamaması olarak tanımlanır (82-84).

Akıl Hastalıkları Tanı ve İstatistikleri Kılavuzunda CFB IV: DSM IV) Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan Akıl Hastalığının Tanımlanması ve Sınıflandırılması Kılavuzunda yer alan CFB; cinsel istek ve cinsel reaksiyon döngüsünü oluşturan psikofizyolojik değişikliklerde kişilerarası sorunlara ve strese neden olan düzeyde bozulma olarak tanımlanmaktadır (82, 85-88).

Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

CFB sınıflandırması konusunda farklı bakış açıları vardır. Kadınlarda, CFB ile ilişkili üç tip sınıflandırma sistemi tanımlanmıştır:

- a) ICD-10'un 1992 yılında DSÖ tarafından uluslararası sınıflandırılması,
- b) 2000 yılında APA tarafından tanımlanan DSM-IV sınıflandırması,
- c). Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı'nın (AFUD) 1998'de yaptığı sınıflandırma (89,90).

APA 2000 DSM-IV sınıflandırması: Bu CFB sınıflandırma sistemi, semptomlar kalıcı veya tekrarlayan, açık bozukluklar veya kişilerarası zorluklara neden oluyorsa teşhis edilir (91).

Sınıflandırma yedi bölüme ayrılmıştır:

1. Cinsel arzulama defisitleri (cinsel münasebette isteksizlik vs.),
2. Cinsel uyarılma sorunları,
3. Orgazm ile alakalı sorunlar,
4. Cinsel ağrı sorunları (vajinismus vs.),
5. Cinsel fonksiyon bozukluğu hastalıkları,
6. Başka maddelerin kullanımına bağlı CFB,
7. Başka şekilde adlandırılmayan CFB (92),

Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Etyolojisi

CFB vasküler, nörojenik, hormonal, kas, psikolojik nedenler, yaşlılık, cerrahi müdahaleler, kullanılan ilaçlar, sosyokültürel ve sosyodemografik nedenler kadınlarda CFB' unun en önemli nedenleri arasındadır (93).

Vasküler Nedenler

Kan damarlarının klitoral ve vajinal yetmezliği, iliak / pankreas arterinin aterosklerozuna bağlı cinsel kan akışında bir azalma ile bağlantılı olarak gelişir. Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, miyokard enfarktüsü ve diyabetli, kadınlarda CFB'ye neden olabilen vasküler nedenlerden bazılarıdır (89).

Nörojenik Nedenler

Cinsel işlev bozukluğunu etkileyen spesifik patolojiler; multipl skleroz, omurilik yaralanması, disk hernisi, lumbosakral pleksus patolojisi ve periferik nöropatilerdir (94).

Hormonal Nedenler

Dolaşımdaki östrojen seviyelerindeki bir azalmanın sonucu olarak klitoris ve vajinadaki kan akışının bozulabileceği ve CFB'nin buna göre gelişebileceği tespit edilmiştir. Cerrahi ve tıbbi infertilite, menopoz, hiperprolaktinemi, yumurtalık yetmezliği ve kronik doğum kontrol hapları, kadınlarda CFB'ye yol açan en yaygın hormonal nedenlerdir (89).

Müsküler Nedenler

Pelvik taban kası, anüsün levator kası ve perineal membran, kadınlarda cinsel işlevde doğrudan rol oynayan anatomik yapılardır. Levator ani kasının hipertonisitesi, vajinismus, dyspareunia ve diğer ağrı bozuklukları, ayrıca hipotonik üriner inkontinans vakalarında, vajinal duyumlarda ve orgazm yoğunluğunda, cinsel temaslarda veya orgazm aşamasında gelişebilir (94, 95).

Psikolojik Nedenler

Duygu durum ile ilgili sorunların, büyük bir organik bozukluğun nedeni olup olmadığına bakılmaksızın; kadının cinsel işlevi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozuklukları CFB'ye neden olabilir (29, 45). Ayrıca, eşler arasındaki uyum ile cinsel bilgi eksikliğinin CFB'nin psikolojik etiolojisinde önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (96-98). Ojumu ve ark. tarafından yapılan bir araştırma, 15-49 yaşları arasındaki çiftlerle eşler arasındaki yetersiz iletişimin CFB için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (94).

6. Yaşlılık

Doku ve organların işlevselliğinde azalma, kronik hastalıkların insidansında artış, ve sosyal değer yargılarının etkisi gibi birçok fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktör negatif cinsel işlevi etkiler (93,99).

Cerrahi Müdahaleler

Üreme organları için cerrahi müdahalelerin sebebiyle verdiği fizyolojik, endokrinolojik ve ruhsal değişikliklerin kadınlarda birçok cinsel soruna neden olabileceği rapor edilmiştir (99).

Kullanılan İlaçlar

Alkol ve yasadışı uyuşturucular da dahil olmak üzere kullanılan çoğu ilaç, cinsel işlevi bozmada etkili olabilir (89, 93).

Sosyokültürel ve Sosyodemografik Nedenler

CFB ile ilgili çalışmada; yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, istihdam durumu, eş ve evliliğin özellikleri, beden kitle indeksi, toplumun kültürel yapısı, hayat şartları, bireysel, ailevi ve din değerler arasındaki çatışmalar, yetersiz cinsel sağlık eğitim ve aşırı muhafazakar olma gibi sosyo-demografik özelliklerin kadınların cinsel yaşamını etkilediği bulunmuştur (99).

Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Sıklık ilişkileri incelendiğinde, CFB' nin toplumun önemli bir bölümü ile ilgili olduğu açıktır. CFB sadece morbidite ile değil, aynı zamanda bu sorunun neden olduğu zarar, bir doktora ve sağlık sistemine erişim yaygınlığı, bu alanda tedavi olasılığı, toplum tarafından bir sorun olarak algılanma derecesi ve yayılma derecesi gibi faktörler tarafından belirlenir (92). Farklı toplumlarda ve kültürlerde yapılan çalışmalar, CFB insidansı açısından benzer sonuçlar vermektedir. Ancak, kültürel ve sosyal faktörlerden kaynaklanan bazı farklılıklar vardır. Örgün eğitimde cinsel eğitimin olmaması, cinselliğin tabu olarak algılanması ve bekaretin önemi gibi faktörler, cinsel liberalizmin egemen olduğu toplumlara kıyasla kadınlarda CFB insidansının artmasına neden olmaktadır (92). CFB; yaşa bağlı; ilerleyen, kadınların% 30-50'sini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınlarda CFB sıklığı; ulusal çalışmalarda%23,3 -%69,1 (100-104) ve uluslararası çalışmalarda, %20 -%68,9 olarak belirtilmiştir (105-110). CFB çalışmalarında farklı oranların elde edilmesinin birçok nedeni vardır. Bunlardan bazıları örnek seçimi ve kullanılan teşhis araçlarındaki farklılıklar ile ilgilidir(93, 100, 101).

Hipertansiyonun Eşlik Ettiği Cinsel Fonksiyon Bozukluğunda Hemşirelik Yaklaşımı

Farklı nedenlerle yaşanan cinsel problemler; kişiler arasındaki iletişim eksikliği ve birbirini anlama güçlüğü nedeniyle daha da büyüyebilir. Cinsellik hakkında konuşmak hala tabu olan kültürlerde, bireyler sorunlarını ve cinsel sağlıklarını net bir şekilde ifade edemeyebilirler. Bu konuda sağlık çalışanları özellikle hemşire ve ebeler kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda önemli bir role sahiptirler. Ülkemizde cinsellik kadınlar için bir utanç ve günah olarak kabul edilir. Bu alanda çalışan hemşire bu dönemde kadınların normal cinsel işlevlerini geçici veya kalıcı olarak etkileyebilecek cinsel yaşamla ilgili uygun iletişim tekniklerini kullanarak durum tespiti yapabilmelidir (111, 112).

Özel tedavi gerektiğinde cinsel problem yaşayan kadınlar ile konuşabilir, eğitim verebilir ve uzmanlara yönlendirebilir. Hemşireler hasta ve sağlıklı bireylerde cinsellik hakkında gerekli veriler toplamalı, güncel ve potansiyel problemleri tanımlayabilmelidir. Özellikle öykü alırken hazırlanmış cinsel sorunlar envanterleri kullanılabilir. Ancak bu

envanterler, cinsel sağlık profesyonellerin klinik araştırma ve uygulamalarında önemli araçlar olmasına rağmen; unutulmamalıdır ki hastaların cinselliği konuşması özellikle kadınlar için zor bir durumdur. Kadınların cinsel sorunlarının tespit edilmesinde hemşirelerin en önemli fonksiyonu, etkili dinleme yaparak kadınların anlatmaya çekindikleri konuları açığa çıkarmaktır. Danışmanlık hizmeti; yanlış bilgilerin düzeltilmesi veya önlenmesi, karşılaşılan normal problemler ve gerektiğinde alternatif önerebilirler verilemeyigerektirmektedir (111-113).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hipertansiyon tanısı konmuş ve ilaç tedavisi gören evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu düzeyini ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, 15.05.2020-25.08.2020 tarihler arasında Diyarbakır İli Bismil İlçesine bağlı 10 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, veri toplama tarihleri arasında ilgili Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı, en az 3 ay önce hipertansiyon tanısı almış ve bu nedenle ilaç kullanan, evli ve aktif cinsel hayatı, Türkçe konuşup anlaşılabilen 290 kadın oluşturmuştur. Örneklem seçiminde ise, evren belli olduğu durumda örneklem hesaplama formülüne göre belirlenen 140 kadın ile çalışma tamamlanmıştır.

Örneklem büyüklüğüne karar verilirken ise: evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formülden yararlanılmıştır.

$$n = N t^2 \cdot p \cdot q / S^2 (N-1) + t^2 p \cdot q$$

$$n = 290 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50 / (0,04)^2 \cdot 289 + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50 \quad n = 140 \text{ olarak hesaplanmıştır.}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı p:incelenen olayın görülme boyutu

q:incelenen olayın görülmemeye boyutu

t:Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (%95 için t-tablo değeri=1.96'dır)

S²:Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması

Veri Toplama Araçları

Katılımcılardan kişisel özelliklerine ait bilgilerini toplamak için araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı veri formu kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların CFB düzeylerini belirlemek amacı ile Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (KCSÖ) kullanılmıştır (Ek-1).

Tanıtıcı veri formunda, kadınların demografik özelliklerine ve hastalık özelliklerine ilişkin 18 soru yer almaktadır.

Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (KCSÖ): Ölçek, kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun belirlenmesi amacıyla Derogatis ve arkadaşları (2005) tarafından Amerika’da geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kitiş ve ark. (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 13 sorudan oluşmaktadır ve 0=hiç ve 4=her zaman şeklinde 5’li likert yapıda bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek değerler kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna işaret etmektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri ,96 bulunmuştur(111).Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri ,93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında yer alan araştırmacılardan Arslan Gürcüoğlu’ndan e-posta yolu ile ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-2).

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma sonucunda toplanan verilerin bilimsel çalışma dışında herhangi bir şekilde kullanılmayacağı ve kimlik bilgilerinin alınmayacağı katılımcılara taahhüt edilmiştir. Araştırmaya başlanmadan önce Okan Üniversitesi Fen Sosyal ve Girişimsel olmayan Sağlık Bilimleri Araştırması Etik Kurulundan 30.04.2020 tarihinde izin alınmıştır (Ek-3). Etik kurul izni alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı Aile Sağlığı Merkezinden yazılı izin alınmıştır (Ek-4).

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenleri: Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (KCSÖ)

Bağımsız Değişkenleri: Katılımcıların sosyo demografik özellikleri, tansiyon değerleri ve cinsel ve sağlıklı yaşam durumlarını gösteren veriler.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamında toplanan veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 22 paket programı kullanılarak analiz yapılmıştır. Çalışmaya katılan kadınlara ilişkin kişisel bilgiler ile KCSÖ'nden elde edilen puanların değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (en düşük ve en yüksek değerler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Kadınların ölçeklerden almış oldukları puanların bağımsız değişkenler ile ortalamalarının karşılaştırılmasında parametrik testlerden bağımsız gruplarda t-testi, One sample t testi ve ANOVA (tek yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. Ölçeğin sayısal değişkenler ile ilişki analizi spearman korelasyon analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Analizler için %95 güven düzeyinde anlamlılık seviyesi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılığı

Araştırma, çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezine başvuran kadınların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Pandemi döneminde aile sağlığı merkezine gelen hasta sayısının azalması ve aile sağlığı merkezine gelen bireylerin merkezde uzun süre kalmak istememesi veri toplama sürecinin uzamasına sebep olmuştur.

4. BULGULAR

Araştırmaya dâhil edilen kadınlara ilişkin verilerin değerlendirilmesi üç bölümde yapılmıştır. Bunlar;

- Kadınların tanımlayıcı özellikleri,
- Hipertansiyonlu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu etkileyen faktörler,
- Hipertansiyon ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmayadâhil edilen kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş ortalaması 53.3±8.27’dir (min:35; max:70)		
Çalışma Durumu		
Çalışan	8	5,7
Çalışmayan	132	94,3
Yaş grubu		
35-44 yaş	21	15,0
45-54 yaş	57	40,7
55 yaş ve üzeri	62	44,3
Evlilik Süresi		
1 -14 yıl	41	29,3
15 yıl ve üzeri	99	70,7
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	55	39,3
İlköğretim mezunu	47	33,6
Lise mezunu	29	20,7
Üniversite ve üzeri mezunu	9	6,4
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	86	61,4
Gelir Gidere Denk	39	27,9
Gelir Giderden Fazla	15	10,7
Toplam	140	100,0

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 53,3±8,27'dir (Min:35; Max:70). Çalışmaya katılanların %6,4'ü üniversite mezunu ve %5,7'si çalışmaktadır. Katılımcılarının % 61,4'ü gelirinin, giderinden az olduğunu ve %70,7'si 16 yıl ve üzeri bir süredir evli olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Kadınların Sağlıklı Yaşam Davranışlarına İlişkin Bilgiler

Sağlıklı Yaşam Davranışları	n	%
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanan	32	22,9
Kullanmayan	108	77,1
Kendi Vücut Ağırlığını Nasıl Değerlendirdiği		
Zayıf	16	11,4
Normal Kiloda	52	37,2
Şişman	72	51,4
Hipertansiyon Tanısı Alma Süresi		
3 ay-11 ay arası	35	25,0
1-5 yıl	45	32,2
6 yıl ve üzeri	60	42,8
Günlük ilaç kullanma sayısı		
1 kez	30	21,4
2 kez	99	70,7
3 kez ve üzeri	11	7,9
Hipertansiyon Dışında Başka Kronik Hastalık Olma Durumu		
Yok	58	41,4
Diabetüs Mellitus	30	21,4
Kalp Hastalığı	29	20,7
Böbrek Hastalığı	5	3,6
Diğer*	18	12,9
Hipertansiyon Dışında İlaç Kullanma		
Kullanıyor	58	41,2
Kullanmıyor	82	68,8
Toplam	140	100,0

*Diğer (KOA, Astım, Epilepsi, Ülser, Romatizmal hastalıklar)

Kadınların sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin bilgiler Tablo 2'de gösterilmiştir. Çalışma kapsamına alınan kadınların %22,9'u sigara kullandığını belirtmiş, %51,4'ü kendini şişman olarak tanımlamıştır. Kadınların %42,8'i 6 yıl ve üzeri bir süredir

hipertansiyon hastası olduğunu, %70,7'si günde iki kez tansiyon ilacı aldıkları belirtmiş olup, %52,6'sı hipertansiyon ile birlikte başka bir kronik hastalığının daha olduğunu belirtmiştir. Kadınların %41,2'si hipertansiyon dışında başka ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bilgiler

Değişkenler	n	%
Menopoza girme durumu		
Menopoza girmiş	116	82,9
Menopoza girmemiş	24	17,1
Tansiyon hastası olmadan önce cinselyaşamında sorun olma durumu		
Yok	112	80,0
Var	28	20,0
Tansiyon hastalığı sonrası cinselyaşamında değişiklik olma durumu		
Olmadı	39	27,9
Cinsel isteği azaldı	91	65,0
Cinsel isteği arttı	10	7,1
Tansiyon hastalığı öncesi cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği		
Çoğunlukla erkek	84	64,0
Çoğunlukla kadın	8	5,7
Erkek ve kadın ortak	48	34,3
Tansiyon hastalığı sonrası cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği		
Çoğunlukla erkek	115	82,1
Çoğunlukla kadın	9	6,4
Erkek ve kadın ortak	16	11,5
Genel olarak cinsel hayatından memnun olma durumu		
Memnun	41	29,3
Memnun değil	44	31,4
Kararsız	55	39,3
Ortalama Sistolik kan basıncı değeri		
140 mmHg altında	72	51,4
141 mmHg üzerinde	68	48,6
Ortalama Diastolik kan basıncı değeri		
90 mmHg altında	82	58,6
91 mmHg üzerinde	58	41,4
Toplam	140	100,0

Çalışmaya katılan kadınların % 82,9'u menapoza girdiğini belirtmiştir. Kadınların % 80'i hipertansiyon tanısı almadan önce herhangi bir cinsel problem yaşamadığını belirtmiştir. Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kadınların % 27,9'unun cinsel isteğinde azalma olduğu, %65'inin ise cinsel isteğinde herhangi bir azalma olmadığı tespit edilmiştir. Hipertansiyon tanısı alamadan önce cinsel ilişkiye başlamada eşlerinin belirleyici olduğunu söyleyen kadınların oranı %64 iken, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra bu oran %82'ye çıkmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %29'u genel olarak cinsel hayatından memnun olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların ortalama sistolik kan basıncı 140mm/Hg'nin üstünde olanların oranı %51,4 iken, diyastolik kan basıncı 90 mm/Hg'nin üstünde olanların oranı ise %58,6'dır.

Tablo 4. Kadınların Genel KCSÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bilgiler

Ölçek	n	$\bar{X}$	SS	Min-Max
Kadın Cinsel Sorunlar Ölçeği	140	28,18	10,80	0-48

Kadınların genel KCSÖ puan ortalaması $28,18 \pm 10,80$ 'dir. Kadınlardan en düşük KCSÖ puanına sahip olanın puanı 0 iken, en yüksek puan 48'dir.

Hipertansiyonlu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Çalışma kapsamına alınan hipertansiyon tanısı almış kadınların KCSÖ ile sosyo demografik verileri arasındaki değerlendirme Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Kadınların KCSÖ Puanları İle Sosyo Demografik Verilerin İncelenmesi

Değişkenler	Gruplar	n	$\bar{x}$	SS	Test Değeri p
Yaş	35-44 yaş ^a	21	20,85	12,49	F:11,387 p: 0,000 c>a,b
	45-54 yaş ^b	57	26,47	11,56	
	55 yaş ve üzeri ^c	62	32,24	7,36	
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil ^a	55	29,95	8,75	F:14,252 p: 0,000 c, d>a,b
	İlköğretim ^b	47	21,51	12,12	
	Lise mezunu ^c	29	15,22	11,77	
	Üniversite ^d	9	18,30	8,17	
Evlilik Süresi	1-14 yıl	41	24,03	12,00	t:0,007 p:2,493
	15 yıl ve üzeri	99	29,92	9,82	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	86	29,04	10,69	F:2,254 p:0,109
	Gelir gidere denk	39	25,23	11,07	
	Gelir giderden fazla	15	30,93	9,81	
Çalışma Durumu	Çalışan	8	16,87	15,71	t:2,132 p:0,069
	Çalışmayan	132	28,87	10,12	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) t: Bağımsız Örneklem t testi

Çalışmaya katılan kadınların yaş grupları ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılık incelendiğinde; 55 yaş ve üzerinde olan kadınların, diğer yaş grubundaki kadınlara göre cinsel sıkıntı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların öğrenim durumları ile KCSÖ puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durumun; lise ve üniversite mezunu olan kadınların KCSÖ puan ortalamasının daha düşük öğrenim düzeyine sahip kadınların KCSÖ puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların evlilik süresi, gelir durumları ve çalışma durumları ile KCSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 6. Kadınların KCSÖ Puanları İle Genel Sağlıklı Yaşam Verilerinin İncelenmesi

Değişkenler	Gruplar	n	$\bar{x}$	SS	Test Değeri p
Kendi Vücut Ağırlığını Nasıl Değerlendirdiği	Zayıf ^a	16	19,00	10,54	F:11,143 p: 0,000 c>a,b b>a
	Normal Kilo ^b	52	26,48	11,84	
	Şişman ^c	72	31,45	8,51	
Günlük İlaç Kullanma Sayısı	1 kez ^a	30	22,06	11,86	F:6,965 p: 0,001 c>a,b b>a
	2 kez ^b	99	29,67	10,02	
	3 kez ve üzeri ^c	11	31,63	9,01	
Hipertansiyon Dışında İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor	58	32,45	11,47	t:-6,270 p:0,000
	Kullanmıyor	82	22,15	7,96	
Sigara Kullanma Durumu	İçiyor	32	22,12	12,11	t:0,102 p:1,413
	İçmiyor	108	29,98	9,74	
Tanı Süresi	3 ay-11 ay ^a	35	26,65	9,62	F:11,810 p:0,000 c>a,b
	1-5 yıl ^b	46	25,74	11,83	
	6 yıl ve üzeri ^c	59	35,85	8,45	
Menopozda olma durumu	Menopozda	116	30,15	9,37	t:3,298 p:0,000
	Menopozda değil	24	18,66	12,33	
Başka Kronik Hastalık Varlığı	Var	58	22,15	11,47	t:3,567 p:0,000
	Yok	82	33,02	7,75	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) t: Bağımsız Örneklem t testi

Çalışma kapsamına alınan kadınların CFB ile genel sağlıklı yaşam verileri arasındaki değerlendirme Tablo 6’da gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların kendi vücut ağırlıklarını tanımlamaları ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kendini şişman ve normal kiloda tanımlayan kadınların, zayıf olarak tanımlayan kadınlara göre ve kendini şişman olarak tanımlayan kadınların normal kiloda olan kadınlara göre KCSÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Günlük alınan ilaç sayısı ile KCSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Bu duruma göre günde üç kez ve üzerinde antihipertansif ilaç kullanan kadınların iki kez ve bir kez ilaç kullananlara göre; iki kez ilaç

kullananların ise bir kez ilaç kullanan kadınlara göre daha yüksek düzeyde KCSÖ puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kadınların hipertansiyon tedavisinden farklı bir ilaç kullanma durumları ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu duruma göre, hipertansiyon tedavisine ek olarak başka bir tedavi alan kadınların KCSÖ puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.-

Kadınların hipertansiyon tanısı alma süreleri ile KCSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Kadınlardan altı yıl ve üzeri bir süredir hipertansiyon tanısı alanların; daha az bir süre önce hipertansiyon tanısı alan kadınlara göre KCSÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan kadınlardan menapoz döneminde olanların KCSÖ puan ortalaması menapoz döneminde olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan kadınlardan başka kronik hastalığı olanların KCSÖ puan ortalaması olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kadınların sigara kullanımı ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Hipertansiyon İle Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan kadınlar cinsel yaşam ve Tansiyon düzeylerine ilişkin değişkenlerin KCSÖ puan ortalamalarına ilişkin bilgiler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Kadınların KCSÖ Puan Ortalamaları ile Cinsel Yaşam ve Tansiyona İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

Değişkenler	Gruplar	n	$\bar{x}$	SS	Test Değeri p
Tanı <u>öncesinde</u> cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği	Erkek ^a	84	30,03	8,67	F:39,026 p: 0,022 b>c
	Kadın ^b	8	21,25	13,48	
	Ortak karar ^c	48	26,10	12,91	
Tanı <u>sonrası</u> cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği	Erkek ^a	115	31,30	8,61	F:44,883 p: 0,000 c,b>a
	Kadın ^b	9	11,00	4,30	
	Ortak karar ^c	16	15,43	9,12	
Tanı <u>öncesinde</u> cinsel yaşamla ilgili sorun olma durumu	Yok	112	26,53	10,68	t:-3,781 p:0,000
	Var	28	34,78	8,71	
Tanı <u>sonrası</u> cinsel yaşamda değişiklik olma durumu	Değişiklik olmadı	39	21,79	11,32	t:-6,619 p:0,000
	Cinsel istek azaldı	91	32,78	7,26	
Genel olarak cinsel hayatınızdan memnun olma durumu	Memnun ^a	41	16,02	7,62	F:83,522 p:0,000 a> b,c
	Memnun değil ^b	44	35,31	7,30	
	Kararsız ^c	55	31,54	7,06	
Ortalama Sistolik Kan Basıncı değeri	140 mm/hg altında	72	24,59	11,37	t:4,287 p:0,000
	140 mm/hg ve üzeri	68	31,98	8,76	
Ortalama Diyastolik Kan Basıncı değeri	90 mm/hg altında	82	25,64	10,82	t:3,431 p:0,001
	90 mm/hg üstünde	58	31,77	9,79	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) t: Bağımsız Örneklem t testi

Çalışmaya dahil edilen kadınların hipertansiyon tanısı öncesinde cinsel ilişkiye başlamayı teklif etme durumu ile KCSÖ Puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan post hoc analizde anlamlılığın nedeni, cinsel ilişkiye başlamada kendi karar alan kadınların KCSÖ puan ortalamasının eşi ve eşi ile birlikte karar alan gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Kadınların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel ilişkiye başlamayı teklif etme durumları ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi amacı

ile yapılan port hoc analizde; cinsel ilişkiye başlamada kendi belirleyici olan yada eşi ile beraber karar alanların KCSÖ puan ortalamasının eşi karar alan gruba göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların hipertansiyon tanısı almadan önce cinsel sorun yaşayan kadınların yaşamayanlara göre, KCSÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan kadınlardan hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel yaşamında bir değişiklik olmadığını ifade edenlerin, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel hayatında değişiklik olduğunu ifade edenlere göre KCSÖ puan ortalaması istatistiksel olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kadınların cinsel hayatından memnun olma durumları ile KCSÖ puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu duruma göre; cinsel hayatından memnun olan kadınların, kararsız yada memnun olmayan kadınlara göre KCSÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların sistolik kan basınçları ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($P<0,05$). Bu duruma göre, sistolik kan basıncı 140 mm/hg üzerinde olan kadınların 140 mm/hg altında olanlara göre KCSÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kadınların diyastolik kan basıncı ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu duruma göre diyastolik kan basıncı 90 mm/hg altında olan kadınların KCSÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 8. Hipertansiyon Tanısı Alma ile Cinsel Birliktelik Sayısının İncelenmesi

Aylık Cinsel Birliktelik Sayısı	n	$\bar{X}$	ss	Test Değeri p
Hipertansiyon tanısı konmadan önce cinsel birliktelik sayısı (Aylık)	140	7,91	2,45	t:12,036 p: 0,000
Hipertansiyon tanısı alındıktan sonra cinsel birliktelik sayısı (Aylık)	140	4,87	2,84	

Çalışma kapsamına alınan hipertansif kadınların hipertansiyon tanısı almalarının cinsel birliktelik sayıları üzerine etkisi Tablo 8’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan

kadınların hipertansiyon tanısı alma durumlarında önce ve sonrasına aylık cinsel birliktelik sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kendi beyanlarına göre hipertansiyon tanısı almadan önce aylık cinsel birliktelik sayısı ortalama $7,91\pm2,45$ iken, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra bu sayı $4,87\pm2,84$ 'e düşmüştür.

Tablo 3. Kadınların Tansiyon Düzeyi, Cinsel Birliktelik sayıları ve ilaç dozu İle KCSÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler	KCSÖ	
	r	p
Tanı Öncesi Birliktelik Sayısı	0,009	0,916
Tanı Sonrası Birliktelik Sayısı	-0,508	0,000
Günlük ilaç kullanma sayısı	0,257	0,002
Sistolik Tansiyon	0,314	0,000
Diastolik Tansiyon	0,300	0,000
Yaş	0,344	0,000

r: Spearman Korelasyon Analizi

Çalışma kapsamındaki kadınların sistolik tansiyon, diyastolik tansiyon, cinsel birliktelik sayıları, günlük ilaç kullanma sayısı ve KCSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 9'da gösterilmiştir.

Kadınların hipertansiyon tanısı almadan önce aylık cinsel birliktelik sayısı ile KCSÖ puanları arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir ($-0,150 < r < 0,150$).

Kadınların hipertansiyon tanısı konduktan sonra aylık cinsel birliktelik sayısı ile KCSÖ puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($r: -0,508$).

Kadınların kullandıkları günlük ilaç sayısı ile KCSÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r: 0,257$).

Kadınların beyan ettikleri sistolik tansiyon düzeyleri ile KCSÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r: 0,314$).

Kadınların beyan ettikleri diyastolik tansiyon düzeyleri ile KCSÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r: 0,314$).

Kadınların yaşları ile KCSÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r: 0,344$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, hipertansiyon tanısı almış kadınların cinsel hayatını değerlendirmek ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacı ile hipertansif kadınlar üzerinde yapılmıştır. Elde edilen bulgular üç bölümde değerlendirilmiş olup bu bölümler;

- Kadınların Tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesi
- Hipertansiyonlu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.
- Hipertansiyon ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen kadınların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; önemli bir bölümünün (% 44,3) 55 yaş ve üzerinde olduğu ve bu kadınların % 70,7'sinin 15 yıl ve üzeri bir süredir evli oldukları belirlenmiştir (Tablo 1). Kadınların yalnızca 8'i gelir getirici bir işte çalıştığını belirtmiştir. Bununla birlikte; kadınların % 39,3'ünün okur-yazar olmadığı ve % 61,4 geliri giderinden daha az olduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Türkiye'de yapılan güncel akademik çalışmalar incelendiğinde (112,113), çalışma popülasyonunun ülkedeki genel popülasyona göre sosyo ekonomik seviyesinin nispeten daha düşük olan bir kesiminden oluştuğunu göstermektedir.

Çalışma popülasyonunun genel sağlık durumunu gösteren veriler incelendiğinde; %58,6'sının hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığının daha olduğunu ve %78,6'sının günlük hipertansiyon için günlük ilaç kullanım dozunun bir dozdan fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2). Kadınların hepsi en az üç aydır hipertansiyon tanısı almış, % 51,4'ü kendini şişman olarak tanımlamış ve % 22,9 sigara kullandığını belirtmiştir (Tablo 2). Bu veriler kadınların hipertansiyon dışında başka kronik rahatsızlıklarının olduğunu göstermek ile birlikte, kadınların obezite ve sigara kullanımı gibi çeşitli risk faktörlerine de sahip olduklarını göstermektedir.

Hipertansiyonlu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Kadınların yaş grupları ile KCSÖ puan ortalamaları incelendiğinde 55 yaş üstü kadınların diğer yaş gruplarına (35-44, 45-54) göre anlamlı düzeyde daha yüksek KCSÖ puan ortalamasına sahip olduğu Tablo 4’de gösterilmektedir. Bu duruma göre, 55 yaş üstü kadınların daha düşük yaş grubundaki kadınlara göre daha fazla CFB yaşadığını göstermektedir. Vietnam’da 2783 evli kadın üzerinde kadınların cinsel memnuniyeti ölçmek amacı ile yapılan geniş çaplı araştırmada; evli kadınlarda cinsel memnuniyetin yaş ilerledikçe azaldığı ve bu durumdan yaşlı kadınların ileri derecede etkilendiği belirtilmiştir (117). Bununla birlikte kadınlar üzerinde yapılan başka araştırmada ileri yaşlarda cinsel istegin azaldığını gösteren çalışmada mevcuttur (115). Bu nedenle ileri yaşlardaki kadınların daha genç yaştaki kadınlara göre daha yüksek KCSÖ puan ortalamalarına sahip oldukları bulgusu literatür ile örtüşmektedir.

Kadınların öğrenim durumu ile KCSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, üniversite ve lise mezunu olan kadınların okur-yazar olmayan ve ilkokul mezunu olan kadınlara göre daha düşük KCSÖ puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4). Bu durum CFB’ unun eğitim düzeyi düşük olan yada herhangi bir eğitim almayan kadınları daha fazla etkilendiğini göstermektedir. Kabage ve ark. (2016) Brezilya’da kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip kadınların daha fazla CFB yaşadıklarını bildirmiştir (116). Benzer olarak ülkemizde kadınlar üzerinde yapılan başka bir araştırmada eğitim düzeyi yüksek kadınların cinsel fonksiyonları ve memnuniyetlerinin daha düşük eğitim düzeyine sahip kadınlara göre daha iyi olduğu belirtilmiştir (120). Elde edilen bulgular ve literatürde yapılan çalışmalar eğitim düzeyi azaldıkça CFB’nin azaldığını göstermektedir.

Evlilik süresi değişkeni ile KCSÖ puan ortalamaları incelendiğinde 15 yıl ve üzeri bir süredir evli olan kadınların 14 yıl ve daha az bir süre evli olan kadınlara göre daha yüksek KCSÖ puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4). Bu durum uzun süre evli olanları daha az bir süre evli olanlara göre daha fazla CFB yaşadığını göstermektedir. Bildirici yıl evlilik süresinin cinsel yaşam üzerine etkisini incelediği çalışmada, evli çiftlerde evlilik süresinin cinsel yaşam üzerinde bir etkisinin olmadığı

sonucuna ulaşmıştır (121). Buna karşılık Turan (2013) çalışmasında evlilikte cinsel hazzın en önemli belirleyicisi olarak mutluluğu göstermiş; ve evlilik yılı ile cinsel haz arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir (119). Güvel ve ark. (2003) çalışmalarında ileri yaştaki kadınların cinsel fonksiyonlarının menapoz döneminden kaynaklandığını belirtmektedir (120). Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 53.3 ± 8.27 olup, önemli bir bölümü (116 kişi) menapoz dönemindedir. Literatürdeki farklı sonuçlar ve çalışan grubumuzun bu özellikleri ile birlikte dikkate alındığında ileri evlilik yılındaki kadınları CFB nedeninin menapoz döneminden kaynaklanma ihtimali olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların gelir durumu ve çalışma durumları ile KCSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 4). Kadınların çalışma hayatına atılmaları gelir düzeylerini arttıran bir husustur. Literatür incelendiğinde kadınların çalışma hayatına atılmaları ve gelirlerinin artmasının kadınlar üzerinde çok sayıda olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir (124). Ancak, gelir düzeyinin CFB üzerine olumlu ya da olumsuz etkisini gösterecek bir çalışma bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan kadınların obezite durumları ile KCSÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu duruma göre kendilerini şişman olarak tanımlayan kadınların normal kilo ve zayıf tanımlayanlara göre, normal vücut ağırlığında olanların ise zayıf olanlara göre CFB düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Kolotkin ve ark. obezitenin cinsel yaşam üzerine etkisini incelediği araştırmalarında beden kitle indeksindeki artışın cinsel yaşam kalitesini azalttığını belirtmiştir (125). Kadınların obeziteden kaynaklı düşük benlik saygısı ve kötü beden imajı gibi psikolojik sorunlar yaşamasının; cinsel yaşam kalitesinin kötü olması üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (124, 125). Obezitenin kadınlarda bu tip psikolojik rahatsızlar ve hareket kısıtlılığı gibi fiziksel engellere neden olması ve çoğu hastalıkları tetiklemesi açısından olumsuz sağlık koşullarına neden olmasından dolayı obezitenin CFB'na neden olduğu literatür ile uyumlu bir sonuçtur.

Hipertansif kadınların günlük aldıkları tansiyon ilaç dozları ile KCSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür (Tablo 5). Bu durum incelendiğinde günlük üç doz ve üzeri ilaç alanları bir ve iki doz alanlara göre, iki doz ilaç

alanların ise bir doz ilaç alanlara göre daha yüksek CFB düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Aynı durum hipertansiyon tanısı alma süresi içinde geçerlidir. Çalışmaya katılan kadınlardan 6 yıl ve üzeri bir süredir hipertansiyon tanısı alan kadınların daha kısa süreler hipertansiyon anısı alan hastalara göre daha yüksek düzeyde CFB yaşadığı görülmektedir (Tablo 5). Bu durum alınan hipertansif ilaç dozu ve tanı süresi ile KCSÖ puan ortalaması arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon hastalarında alınan ilaç dozunun fazla olması hipertansiyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bakımdan, fazla ve uzun süredir ilaç kullanan hipertansif kadınlar daha fazla komplikasyon yaşayacağı için, alınan ilaç dozu ve hipertansiyona maruziyet süresinin CFB'nin artmasına katkı sunması beklenen bir durumdur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların hipertansiyon ile birlikte başka bir kronik hastalığının olması KCSÖ puan ortalamasını arttıran bir durum olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Özerdoğan ve ark. (2004) 40-65 yaş arası kadınlar üzerinde yaptığı çalışmasında kadınlarda kronik hastalıkların varlığının cinsel yaşamı olumsuz etkilediği sonucuna varmıştır (123). Benzer olarak, Gallicchio ve ark. (2007) orta yaş kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada kronik hastalıkların cinsel tatmin düzeyini olumsuz etkilediğini vurgulamışlardır (124). Bu bakımdan, çalışmamızda elde edilen kronik hastalıkların CFB'ni olumsuz etkilediği bulgusu literatür ile desteklenmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların menapoz döneminde olma durumları ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 5). Bu duruma göre menapoz dönemindeki kadınların henüz menapoz dönemine girmemiş kadınlara göre daha yüksek düzeyde CFB yaşadığı tespit edilmiştir. Menapoz dönemi ile birlikte kadınlarda yaşlanma hızlanır, östrojen azalması gibi birçok hormonda menfi yönde değişimler izlenmektedir (128). Bu dönemde kadınlarda üriner inkontinans vajinal kuruluk gibi cinsel yaşamı olumsuz etkileyecek durumlar yaşanmaktadır (129). Bu nedenle kadınların menapoz dönemine girmesi diğer birçok alanda olduğu gibi kadınların cinsel hayatlarını da olumsuz etkilediği sonucu literatür ile uyumludur.

5.2. Hipertansiyon İle Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dâhil edilen kadınların hipertansiyon tanısı almadan önceki aylık cinsel birliktelik sayısı Tablo 6'da gösterilmiştir. Kadınlar hipertansiyon tanısı almadan önce aylık ortalama 7,91 kez cinsel birliktelik yaşadığını belirtirken, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra aylık ortalama 4,87 kez cinsel birliktelik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Cinsel birliktelik sayısındaki bu çarpıcı azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu duruma benzer olarak kadınların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel birlikteliğe başlama noktasında eşlerinin daha belirleyici olduğu görülmektedir. Cinsel birlikteliğe başlamada hipertansiyon tanısı almadan önce eşler % 64 belirleyici iken, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra bu oran %82,1'e yükselmiştir. Hipertansiyon tanısı alma öncesi ve sonrasında cinsel birlikteliğe başlamada eşi belirleyici olan kadınların KCSÖ puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Tablo 6, Tablo 7 ve Tablo 8'de belirtilen bu durumlar kadınlarda hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel birliktelik sayısını ve isteğinin azaldığını göstermektedir. Kadınlar üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda yüksek kan basıncının cinsel aktiviteyi olumsuz etkilediği belirtilmiştir (130). Ayrıca hipertansiyonun kadınlarda birçok komplikasyona neden olması onların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle hipertansiyon kadınlarda hem doğrudan hem de dolaylı olarak cinsel yaşam üzerinde olumsuz bir etki oluşturma potansiyeline sahip olan bir hastalıktır (131). Hipertansiyon tanısı alma sonrasında öncesine göre cinsel birliktelik sayılarının ve belirleyiciliğinin azalması çalışma kapsamında elde edilen birbirini destekleyen bulgular olmasının yanında literatür ile de uyumludur.

Çalışmaya katılan hipertansif kadınların kullandıkları ilaç dozları ile KCSÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7). Bu durum kadınlarda artan ilaç dozunun aynı zamanda CFB'nun da artmasına neden olduğunu göstermektedir. Uzun süreli hipertansiyon tedavisi alan kadın ve erkekler üzerinde yapılan bir çalışmada tedavide kullanılan ilaçların dozu, sayısı ve süresi arttıkça erkeklerde erektil disfonksiyon, kadınlarda ise cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olduğu belirtilmiş ancak,

kadınlarda görülen bu belirtilerin erkeklere göre daha az düzeyde olduğu belirtilmiştir (132). Yine başka bir çalışmada hipertansiyonunda kullanılan ilaçlara bağlı olarak erkeklerde erektil disfonksiyon kadınlarda ise orgazmın olumsuz etkilediği bildirilmiştir (133). Literatürdeki sonuçlar ve çalışmada elde edilen bulgular hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların CFB'na neden olduğu sonucunu desteklemektedir.

Çalışmaya dahil edilen hipertansif kadınların hipertansiyon tanısı almadan önce aylık cinsel birliktelik sayısı ile KCSÖ puan ortalamaları bulunmaz iken, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra aylık cinsel birliktelik sayısı ile KCSÖ puan ortalaması arasında orta kuvvetli negatif yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8). Bu durum kadınların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra aylık cinsel birliktelik sayılarının önemli ölçüde düştüğünü göstermektedir. Bununla birlikte kadınların hem sistolik hem de diyastolik kan basınçları ile KCSÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8). Bununla birlikte sistolik kanbasıncı 140 mmHg'nin üzerinde, sistolik kan basıncı ise 90 mmHg'nin üzerinde olan kadınların tansiyonu regüle olanlara göre KCSÖ puan ortalaması daha yüksek olduğu tespit edilen bir diğer bulgudur (Tablo 6). Elde edilen bu veriler kadınların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel birlikteliklerinin azaldığını ve tansiyon değerleri yükseldikçe CFB düzeylerinin arttığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde hipertansiyonun hem kadınlarda hem de erkeklerde CFB prevalansını arttırdığı rapor edilmiş, hipertansiyonun potansiyel olarak cinsel uyarılma bozukluğuna neden olabileceği belirtilmiştir (134, 135). Duncan ve ark. çalışmasında; hipertansif kadınların normal düzey tansiyonu olan kadınlara göre cinsel hayatlarında orgazm olamama, vajinal kuruluk ve penetrasyon esnasında ağrı gibi bir çok olumsuz durumla daha fazla karşılaştıklarını belirtmiştir (133). Her ne kadar bazı çalışmalarda hipertansiyon tedavisinde kullanılan beta blokerlerin CFB'una neden olduğu belirtilse de, çalışmalar; hipertansiyon tedavisinden ziyade hipertansiyonun varlığının CFB ve ilişki durumlarına neden olduğunu rapor etmiştir (134-136). Çalışma sonucunda elde edilen sistolik ve diyastolik tansiyonun CFB ile pozitif korelasyon göstermesi, alınan ilaç dozunun ve aylık cinsel birleşme sayılarının CFB'na neden olması sonuçları literatür ile uyumludur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamında toplanan verilerden elde edilen sonuçlar aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

- Çalışmaya katılan 55 yaş ve üzerinde olan kadınların daha düşük yaş grubundaki kadınlara göre daha yüksek KCSÖ puan ortalamasına sahiptir ($p<0,05$; Tablo 4).

- Lise ve üniversite mezunu olan kadınların KCSÖ puan ortalamasının daha düşük öğrenin düzeyine sahip kadınların KCSÖ puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,05$; Tablo 4).

- Çalışmaya katılan kadınların gelir ve çalışma durumları ile KCSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4).

- Kendini şişman ve normal kiloda tanımlayan kadınların, zayıf olarak tanımlayan kadınlara göre ve kendini şişman olarak tanımlayan kadınların normal kiloda olan kadınlara göre KCSÖ puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$; Tablo 5).

- Üç doz ve üzerinde antihipertansif ilaç kullanan kadınların iki doz ve bir doz ilaç kullananlara göre; iki doz ilaç kullananların ise bir doz ilaç kullanan kadınlara göre daha yüksek düzeyde KCSÖ puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$; Tablo 5).

- Kadınlardan altı yıl ve üzeri bir süredir hipertansiyon tanısı alanların; daha az bir süre önce hipertansiyon tanısı alan kadınlara göre KCSÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$; Tablo 5).

- Kadınların sigara kullanımı ile KCSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ($p<0,05$; Tablo 5).

- Çalışmaya katılan kadınlardan menapoz döneminde olanların KCSÖ puan ortalaması menapoz döneminde olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$; Tablo 5).

- Çalışmaya katılan kadınlardan ikinci bir kronik hastalığı olanların KCSÖ puan ortalaması olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$; Tablo 5).

- Çalışmaya katılan kadınların hipertansiyon tanısı alma durumlarında önce ve sonrasına aylık cinsel birliktelik sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür ($p<0,05$; Tablo 6).

- Kadınların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel birlikteliğe başlamada eşlerinin daha belirleyici olduğu görülmüştür (Tablo 7).

- Kadınların hipertansiyon tanısı almadan önce aylık cinsel birliktelik sayısı ile KCSÖ puanları arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir ($-0,150<r<0,150$; Tablo 8).

- Kadınların hipertansiyon tanısı konduktan sonra aylık cinsel birliktelik sayısı ile KCSÖ puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde korelasyon tespit edilmiştir ($r: -0,508$ Tablo 8).

- Kadınların kullandıkları ilaç dozu ile KCSÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($r:0,257$ Tablo 8).

- Kadınların beyan ettikleri sistolik tansiyon düzeyleri ile KCSÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r:0,314$ Tablo 8).

- Kadınların beyan ettikleri diyastolik tansiyon düzeyleri ile KCSÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r:0,314$ Tablo 8).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler:

Çalışma kapsamında; ileri yaş, obezite ve düşük eğitim düzeyi hipertansif kadınlarda CFB açısından risk faktörü oluşturan sosyo demografik özellikler olması nedeniyle bu özelliklere sahip kadınların CFB açısından öncelikli olarak değerlendirilmesi önemlidir.

Uzun bir süre ve yüksek dozda tedavi gören hipertansiyonlu kadınların CFB yönünden değerlendirilmesi önemlidir.

Hem hipertansiyon hem de hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar CFB'ye neden olabileceğinden hipertansiyon hastalarının kullandığı ilaç ve dozları CFB değerlendirilmesinde önemli bir husustur.

Hipertansiyon tanısı alan kadınlara CFB hakkında bilgilendirmelerin yapılması ve eğitimler verilmesi konu hakkındaki farkındalığı arttıracaktır.



KAYNAKLAR

- 1) Ayyıldız NŞ, Ergüney S. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017, 33(3): 21-31.
- 2) Girma F, Emishaw S, Alemseged F and Mekonnen A. Compliance with AntiHypertensive Treatment and Associated Factors Among Hypertensive Patients on FollowUp in Jimma University Specialized Hospital, Jimma, South West Ethiopia: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Journal of Hypertension*, 2014, 3(5): 1-6.
- 3) Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk ğ, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz HÖ, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2015, 43(4): 402-409.
- 4) Whitword A. 2003 World Health Organization (WHO) /İnternational Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. *Journal of Hypertension* 2003, 21(11), 1983-1992.
- 5) Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 20124, 7(2):48
- 6) WEB. (2015). World Health Organization, 2015. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/ (14.05.2020).
- 7) Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, Onat A, İstanbul, 2017: 104.
- 8) Li W, Liu L, Puente JG, Li Y, Jiang X, Jin S, Ma S. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *Journal of hypertension*, 2005, 23(9): 1667-1676.

- 9) Zillich AJ, Sutherland JM, Kumbera PA, Carter BL. Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME study). *Journal of General Internal Medicine*, 2005, 20: 1091-1096.
- 10) Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. “Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi”, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2013; 4(5), 30-40.
- 11) Ong KL, Cheung BMY, Man YB, Lau CP, Lam KSL. Prevalence, Awareness Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999–2004. *Hypertension*, 2007, 49, 69-75.
- 12) Huang C, Chang C, Hsu B, Lee C, Wang J. Association of Hyperleptinemia with Peripheral Arterial Disease in Hypertensive Patients. *Tzu Chi Medical Journal*, 2017, 29(3):148-153.
- 13) Alsallami SHA, Abutiheen AAK. Hypertensive Patients Compliance with Medications in Marjan Teaching Hospital/Babylon. *Medical Journal of Babylon*, 2015, 12(3): 592-602.
- 14) Göğen S, Özdemir Y. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Hipertansif Hastaların Takibi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005, 4(1): 8–15.
- 15) Jones DW. The National High Blood Pressure Education Program Thirty Years and Counting. Ed. Hall JE. *Hypertension*, 2002, 39, 941-942.
- 16) Khatib B, Oussama M. Clinical Guidelines for the Management of Hypertension. World Health Organization 2005 (<http://www.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>).
- 17) Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel ğ, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar ğ. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2003(: www.turkhipertansiyon.org)
- 18) WEB . (2012). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. (29.05.2020).
- 19) Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim*, 2005, 18, 47.
- 20) Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8(2): 167-172.

- 21) Okan A. *Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hipertansiyon Farkındalığı ve Evde Bakım Uygulamaları* (Tez), Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2010.
- 22) Çöl M, Özdemir O, Ocaktan M.E. Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2006, 59, 144-150.
- 23) Akgöl J, Eser E, Ölmez E. Factors Predicting Treatment Compliance Among Hypertensive Patients in an Urban Area. *Medicine Science*, 2017, 6(3): 447-56.
- 24) Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014, 7(2): 98-108.
- 25) Chen X, Zhnag Q, Tan X. Prevelance of sexual activity and associated factors in hypertensive males and females in China: A cross-sectionnl study. *BMC Public Health*, 2012, 12(1):364.
- 26) Ünal N. Hipertansiyonlu Bireylerde Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2018.
- 27) 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.
- 28) 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.
- 29) 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. 9
- 30) Whelton P.K, MB, MD, MSc, FAHA, Carey C. 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. *Journal of the American College of Cardiology* 2017, 1-193.
- 31) Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Josep R. 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Klavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi* 2014, 4, 1-72.

- 32) Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement D.L, Coca A, Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen S.E, Kreutz R, Laurent S, Lip G.Y.H, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder R.E, Shlyakhto E, Tsoufis C, Aboyans V, Desormais I. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *European Heart Journal* 2018, 39, 3021–3104.
- 33) Babalık E. Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim*, 2005, 18 (2): 25-32.
- 34) Özkan M. Afyonkarahisar İli Dinar İlçesi 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar 2008.
- 35) Guyton AC, Hall JE, 2013. Esansiyel hipertansiyon. In: Medical Physiology. Edi: Çavuşoğlu H, Yeğen B, Aydın Z, Alican İ. 12. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd Şti, p. 223-226.
- 36) Yardımcı H, Özçelik A, Sürücüoğlu M.S. Yaşlılarda Hipertansiyon Durumu ve Beslenme Alışkanlıkları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2011, 1(2): 15-27.
- 37) Çelik, B. (2008). Hipertansiyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ile İlişkili Faktörlerin Araştırılması (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 38) Shehata M.F. A Proposed Study on How Far Anger Contributes to Initiating Essential Hypertension in Canadian Caucasian Adults with a Family History of Hypertension. *Clinical Medicine Insights: Cardiology* 2010, 4: 9–13.
- 39) Özbey G, Bakırcı E, Dalaklıoğlu S. Vitamin D Eksikliği: Esansiyel Hipertansiyonda Epigenetik Bir Risk Faktörü. *MN Kardiyoloji* 2016, 23(4): 207-212.
- 40) Hollenberg N.K, Hipertansiyon, Essential Atlas of Heart Diseases (Üçüncü Baskı), Kozan Ömer, Öncü Basımevi, Ankara, 2009, 239.
- 41) Ayhan F. Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2014,
- 42) Şahin P. Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik İle İlişkisinin

- İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2012, 8.
- 43) Ünsal B. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2013, 8.
- 44) Uysal H.B, Yaşar M.B, Sönmez H.M. Aydın“ da Sigara İçiminin ve Hipertansiyonla Birlikteliğinin Son 20 Yıldaki Değişimi. *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği* 2016, 20(2): 54-63.
- 45) Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012, 4(2), 1-5.
- 46) Badır A. Hipertansiyon, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ayfer Karadakovan, Fatma Etiaslan, Adana, 2011, 585-605.
- 47) Okudan N. Belviranlı M. Kan Basıncı ve Kan Basıncını Düzenleyen Fizyolojik Mekanizmalar, In: Güncel Hipertansiyon 2017, Öztürk Ş, İstanbul Tıp Kitapevleri, 2017, 211.
- 48) Dalbeler A. Hipertansiyon Hastalarında CRP Düzeyleri İle QT Dispersiyonu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005, 12.
- 49) Kılıç T, Üstü Y. Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması. *Ankara Medical Journal*, 2012, 12(4): 205-213.
- 50) Tekin G. Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2016, 25(2), 163-180.
- 51) Armağan F, Keskin S, Bölük A. Dahiliye Hastalıkları Hemşirelik Bakım Rehberi, 2013, 187.
- 52) Kaya A, Gedik V, Bayram F, Bahçeci M. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi, In: Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi (5. Baskı) , BAYT Bilimsel Araştırmalar, Ankara, 2011, 9-49.
- 53) Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21, 63-77.
- 54) Özpancar N, Fesci H. Hipertansiyon Ve Yaşam Kalitesi. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 2008, 8(4), 73-88

- 55) Vatansever Ö. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Düzeylerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2011, 7.
- 56) Güven Ş.D, Muz G, Ertürk N.E, Özcan A. Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(3): 160-166.
- 57) Özdemir H. İnhalasyon Yoluyla Uygulanan Aromaterapinin Arteriyel Kan Basıncı, Nabız ve Kaygı Düzeyine Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2012, 4.
- 58) Safar M.E, Smulyan H. Hypertension in Women. *American Journal of Hypertension* 2004, 17(1): 82-87.
- 59) Yorgun H, Kabakçı G. Yaşlılarda Hipertansiyonun Tanı ve Tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010, 2: 5-12.
- 60) Samur G, Yıldız E. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon (1. Baskı), Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008, 8.
- 61) Zungur M, Yıldız A. Hipertansif Hastaya Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2004, 13(8): 297-303.
- 62) Ilgaz A, Özer Z. Hipertansiyonlu Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi: Sistemik Derleme. *MN Kardiyoloji*, 2017, 24(1), 31-41.
- 63) Karakoç E.V, Ömer Z, Can H. Birinci Basamakta Hipertansiyona Yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012, 62-67.
- 64) James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 2014, 311:507-520.
- 65) Martins D. Norris K. Podymow T. August P. Yüksek Riskli Gruplarda Hipertansiyon, In: Nefroloji ve Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi, Sayarlıoğlu H, Güneş Tıp Kitapevi, 2012, 374
- 66) Efe D, Akça N, Kiper S, Aydın G, Gümüş K. Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kan Basıncını Düşürmeye Yönelik Kullandıkları Destekleyici Yöntemler. *Spatula DD*. 2012, 2(4): 207-212.

- 67) Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünal Y.E, Çamcı G. Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi ve Diyet Uyumuna Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016, 5(2): 75-83.
- 68) Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*,2013, 4(5): 30-40
- 69) Dickson V.V, Lee C, Yehle K.S, Abel W.M, Riegel B. Psychometric Testing of the SelfCare of Hypertension Inventory. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017, 32(5): 431-438
- 70) Katalambula L.K, Meyer D.N, Ngoma T, Buza J, Mpolya E, Mtumwa A.H and Petrucka P. Dietary Pattern and Other Lifestyle Factors as Potential Contributors to Hypertension Prevalence in Arusha City, Tanzania: A Population-Based Descriptive Study. *BMC Public Health*, 2017, 17: 659.
- 71) Kuş B, İnci F. Esansiyel Hipertansiyonda Uyku Aktivitesinin Tanılanması ve Hemşirelik Bakımı. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 3(1), 27-32.
- 72) Karaman O. Bölgemizde Hipertansiyon Kontrol Oranları ve Buna Etki Eden Bazı Demografik Özellikler, Uzmanlık Tezi, Konya 2011, 24.
- 73) Aygen B. Effects of Alcohol Consumption on Hypertension. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 2015, 22: 134-137
- 74) Karakurt P, Kara M. Hipertansiyon ve Evde Bakım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1): 97-104.
- 75) Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’ de Toplumda Sigara İçme Sıklığı Nasıl Değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10(2): 93-115.
- 76) Önen C.Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi. İnönü Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2015
- 77) Akan H, Doğan S. Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2011; 15(2): 69-76.
- 78) Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni* 2006; 25: 177–180.

- 79) Karakoyunlu F, B. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görölme sıklığı. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2007.
- 80) Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2011; 5(4): 37-46.
- 81) Atik Nalbant M. Menopozal semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiler. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2009.
- 82) Öztürk M. Tip 2 diyabetik kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları. Selçuk Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2011.
- 83) Uluyol M. Tiroidektomi Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, 2000; 163(3): 888–893
- 84) Şahbaz T. Cinsel mitlerin cinsel işlev bozukluğu ve kaygı üzerine etkisi. Işık Üniversitesi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı; 2017.
- 85) Kılıç L. Evli çiftlerde, cinsel işlev bozuklukları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin araştırılması. Haliç Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2017.
- 86) Eren M. Lomber disk hernisinin kadın cinsel fonksiyonuna etkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, 2010.
- 87) Sadock BJ, Sadock VA. Klinik Psikiyatri. 4. Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2009.
- 88) Kütmeç C. Esansiyel hipertansiyonu olan kadınların yaşadığı cinsel sorunların belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Mersin, 2008.
- 89) Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, Meston C, Rosen R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine* 2004; 1(1): 24-34.

- 90) Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel işlev bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2008; 1(2): 71-77.
- 91) İncesu C. Cinsel İşlev Bozuklukları. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2. Baskı, Ankara: 2007: 422-432.
- 92) Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(12): 111-136.
- 93) Yılmaz B, T, D. Seyhan O. Travmatik yaşam olayları ve cinsel işlevler: Özduyarlık ve çift uyumunun rolü. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2016.
- 94) Ojomu F, Thacher T, Obadofin M. Sexual problems among married Nigerian women. *International Journal of Impotence Research* 2007; 19(3): 310-316.
- 95) Alkan E, Y. Hisli Şahin N. Cinsel işlev bozuklukları ve kişilerarası tarz, öfke, kendilik algısı. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2008.
- 96) Kulak H. Cinsel işlev bozukluğu görülen kadınlarda geçmiş travmatik deneyimler. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
- 97) Tuğrul C. Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri. İçinde: Cinsel İşlev Bozuklukları. Yetkin N, İncesu C, Editörler. İstanbul: Roche Müstaharları Sanayi A.Ş., 2001: 61-64.
- 98) Öztürk M. Tip 2 diyabetik kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları. Selçuk Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2011. Demirezen E. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. *STED* 2006; 15(5): 79-81.
- 99) Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 2005; 17: 44-51.
- 100) Özdemir E. Gülveren sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2009.
- 101) Nayir N. Edirne il merkezinde yaşayan erişkinlerde cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2010.

- 102) Önal S. Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları yaygınlığı ve olası risk faktörleri. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2010.
- 103) Zhang H, Yip PSF. Female sexual dysfunction among young and middle-aged women in Hong Kong: prevalence and risk factors. *The Journal of Sexual Medicine* 2012; 9: 2911–2918.
- 104) Holla K, Jezek S, Weiss P, Pastor Z, Holly M. The prevalence and risk factors of sexual dysfunction among Czech women. *International Journal of Sexual Health* 2012; 24: 218–225.
- 105) Palacios S, Castaño R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas* 2009; 63: 119-123.
- 106) Aslan E, Fynes M. Female sexual dysfunction. *Int Urogynecol J* 2008; 19: 293–305.
- 107) Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick JS, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet-based survey. *J Sex Med* 2008; 5(7): 1694-1701.
- 108) Korda JB. Weibliche sexuelle Dysfunktion. *Urologe* 2008; 47: 77–91.
- 109) Saunamaki N. Andersson M. Engstrom M. “Discussing sexuality with patients: nurses’ attitudes and beliefs”, *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66(6), 1308–1316.
- 110) Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbabacılık, Ankara, 2005. World Health Organization. Defining Sexual Health. World Health Organization, 2006 (January), 0–30. Yadav J. Gennarelli L. Ratakonda U. “Female sexuality and common sexual dysfunctions: Evaluation and management in a primary care setting”, *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 2000, 8(1), 5–11.
- 111) Kitiş Y, Erenel AŞ, Gürcüoğlu EA. Turkish adaptation of Female Sexual Distress ScaleR: A validity and reliability study. *Sexuality & Culture*, 2019, 1-16.
- 112) Aksoy N. Felek Ş. Yayla N. Çeviş İ. “Türkiye’de Kadın İstihdamı Ve Etkileyen Faktörler”, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 2019. 17(3), 146-163.
- 113) Taş S. Türkiye’de Kadının İşgücüne Katılımı ve Büyümedeki Rolü. Karatay Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2019.

- 114) Do TT, Khuat HT, Van Nguyen AT. More Property, Better Sex? The Relationship Between Property Ownership and Sexual Satisfaction Among Married Vietnamese Women. *Sex Roles*, 2018, 79(7-8): 409-420.
- 115) Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today*, 2016, 40:57-71.
- 116) Karbage SA, Santos ZM, Frota MA, de Moura HJ, Vasconcelos CT, Neto JAV, Bezerra LR. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 201:56-60.
- 117) Güleröğlu F, Beşer NG. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J sex med* 2014;11:146–153.
- 118) Bildirici A. Evlilik Süresinin, Cinsel Yaşama Ve Evlilik Uyumuna Etkisi Ve Sonuçların Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2016.
- 119) Turan A. Evli Bireylerin Cinsel Mit İnançları, Cinsel Bilgi Düzeyleri, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyleri ve Cinsel Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2013.
- 120) Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E. Özkardeş H. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*. 2003, 29 (1):
- 121) Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Ostbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 2006; 14(3): 472–479.
- 122) Kolotkin RL, Crosby RD, Gress RE, Hunt SC, Engel SG, Adams TD. Health and health-related quality of life: differences between men and women who seek gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 2008; 4:651-658.
- 123) Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın Ö. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58:145-150.
- 124) Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of sexual functioning among mid-life women. *Climacteric* 2007;10(2):132-142.

- 125) Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorsan LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Üriner inkontinans. G. Yıldırım Editör, Williams Jinekoloji (çeviri)’de, 2.Baskı, İstanbul Nobel Tıp Kitapevleri. 2015;606-632.
- 126) Visser E, de Bock GH, Berger MY, Dekker JH. Impact of urinary incontinence on sexual functioning in community-dwelling older women. *J Sex Med* 2014;11(7):1757-1765.
- 127) Foy CG, Newman JC, Berlowitz DR, Russell LP, Kimmel PL, Wadley VG. Blood pressure, sexual activity, and dysfunction in women with hypertension: baseline findings from the Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT). *The journal of sexual medicine*, 2016, 13(9), 1333-1346.
- 128) Wenger NK, Arnold A, Merz CNB, Cooper-DeHoff RM, Ferdinand KC, Fleg JL, Lindley KJ. Hypertension across a woman’s life cycle. *Journal of the American College of Cardiology*, 2018, 71(16): 1797-1813.
- 129) Grimm Jr RH, Grandits GA, Prineas RJ, McDonald RH, Lewis CE, Flack JM, Stamler J. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women: Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Hypertension*, 197, 29(1): 8-14.
- 130) Şahin D. Ertekin E. “Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu”, Klinik Gelişim Psikiyatri Dergisi, 2009, 22;75-79.
- 131) Karadag H. Oner O. Karaoglan A. Orsel S. Demir A, U. Firat H. Sevim S. “Body mass index and sexual dysfunction in males and females in a population study”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2014, 24(1); 76-83.
- 132) Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, *et al.* Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 183:888–893.
- 133) Duncan LE, Lewis C, Jenkins P, Pearson TA. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? *Am J Hypertens* 2000; 13:640–647.
- 134) Addis IB, Ireland CC, Vittinghoff E, Lin F, Stuenkel CA, Hulley S. Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstet Gynecol* 2005; 106:121–127.

- 135) Doulas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, *et al.* Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *J Hypertens* 2006; 24:2387–2392.
- 136) Manolis A, Doulas M. Sexual dysfunction: the ‘prima ballerina’ of hypertension related quality-of-life complications. *J Hypertens* 2008;26(11):2074-84.



EKLER

EK-1 Anket Formu

Sizi Seyfettin KAYA tarafından yürütülen “*Hipertansif EvliKadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler*” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz zaman çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Seyfettin KAYA

Okan Ü.S.B.E. Hemşirelik A.B.D.Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız nedir?.....

2. Öğrenim durumunuz nedir?

a)İlköğretim mezunu b) Lise mezunu c) Üniversite ve üzeri

3. Çalışma durumunuz nedir?

a)Çalışıyorum b) Çalışmıyorum

4. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a)Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

5. Kaç yıldır evlisiniz?

a)1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16 yıl ve üzeri

6. Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evet b) Hayır

7. Kilonuza göre kendinizi nasıl tanımlarsınız?

a)Zayıfım b) Normal kilodayım c) Şişmanım

8. Ne kadar süredir tansiyon hastalığı nedeniyle ilaç tedavisi görüyorsunuz?

a)3 ay-11 ay arası b) 1-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri

9. Günde kaç kez tansiyon ilacı alıyorsunuz?

a)Bir kez b) 2 kez c) 3 kez ve üzeri

10. Hipertansiyon dışında ilaç kullanmayı gerektiren başka kronik hastalığınız var mı?

Yok

Şeker hastalığım var

Kalp hastalığım var

Böbrek hastalığım var.

Diğer (yazınız).....

11. Menopoza (adetten kesilme) girdiniz mi?

a)Evet b) Hayır

12. Tansiyon hastalığı tanısı konmadan önce cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorunuz var mıydı?

a) Yok b) Var

13. Tansiyon hastalığı tanısı konulduktan sonra cinsel yaşamınızda bir değişiklik oldu mu?

a) Değişiklik olmadı b) Cinsel isteğim azaldı c) Cinsel istediğim arttı

14. Tansiyon hastası tanısı konmadan önce ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşıyordunuz?

.....

15. Tansiyon hastası tanısı konduktan sonra ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşıyorsunuz?

.....

16. Tansiyon hastası tanısı konmadan önce cinsel yaşamınızda cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ediyordu?

a)Çoğunlukla eşim b) Çoğunlukla ben c) Eşim ve ben birlikte ortak

17. Tansiyon hastası tanısı konulduktan sonra cinsel yaşamınızda cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ediyor?

a) Çoğunlukla eşim b) Çoğunlukla ben c) Eşim ve ben birlikte ortak

18. Genel olarak cinsel hayatınızdan memnun musunuz?

- a) Memnunum b) Memnun değilim c) Kararsızım

KADIN CİNSEL SIKINTI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki listede kadınların cinsellikleri ile ilgili zaman zaman yaşayabilecekleri bazı duygu ve sorunlar yer almaktadır. Lütfen maddeleri dikkatlice okuyunuz ve bugün de dahil, son 30 gün içerisinde o problemin sizi ne sıklıkla rahatsız ettiğini ya da sıkıntı verdiğini en iyi belirleyen numarayı işaretleyiniz. Her madde için sadece bir numarayı işaretleyiniz. Fikir değiştirirseniz cevabınızı değiştirebilirsiniz. Başlamadan önce örneği okuyunuz ve herhangi bir sorunuz olursa lütfen sorunuz.

Örnek: Cinsel sorunlardan kendini sorumlu hissetme. Bu durumu ne sıklıkla hissediyorsunuz?

Hiç Nadiren Ara sıra Sıklıkla Her zaman
0 1 2 3 4

	Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
1. Cinsel yaşantınızla ilgili endişe duyma					
2. Cinsel ilişkinizle ilgili mutsuz olma					
3. Cinsel sıkıntılarla(zorluklarla) ilgilisizlik hissetme					
4. Cinsel sorunlarınız nedeniyle yorgunluk duyma					
5. Cinsellikle ilgili baskılanmış hissetme					
6. Cinsel sorunlar nedeniyle değersiz hissetme					
7. Cinsellik ile ilgili kaygı duyma					
8. Cinsel olarak yetersiz hissetme					
9. Cinselliğinizle ilgili pişmanlık duyma					
10. Cinsel sorunlar hakkında utangaç olma					
11. Cinsel yaşantınızdan tatmin olmama					

12. Cinsel yaşantınızla ilgili öfke duyma					
13. Cinsel istek azlığından rahatsız olma					



Ek-3: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜK



Sayı : 56665618-204.01.07
Konu : Etik Kurul Kararı

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 29.04.2020 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 23-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Hemşirelik Bölümü'nden **Seyfettin KAYA'nın "Hipertansif Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler"** başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mithat KIYAK
Rektör Yardımcısı-Etik Kurul Başkanı

Ayrıntılı Bilgi İçin: Banu ÖĞÜT E-posta: banu.ogut@okan.edu.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <https://e-belge.okan.edu.tr> adresinden 72073470-4860-4170-b672-cb5702b2913b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ TUZLA KAMPÜSÜ
34959 Akfırat / Tuzla / İSTANBUL
444 OKAN (6526) www.okan.edu.tr

*İş yaşamına
en yakın üniversite*





