

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

DİYABETİN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ VE BU
HASTALARIN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETİ
DENEYİMLERİ İLE BEKLENTİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Eda ORHAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2024

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

DİYABETİN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ
VE BU HASTALARIN ALDIKLARI SAĞLIK
HİZMETİ DENEYİMLERİ İLE BEKLENTİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Eda ORHAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:
Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL
İZMİR-2024

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	i
ŞEKİL LİSTESİ	ii
KISALTMALAR	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
SUMMARY/ABSTRACT	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Klinik Bulgu ve Belirtiler	4
2.3. Diyabetin Tanı Kriterleri	4
2.4. Diyabetin Sınıflandırması.....	6
2.5. Diyabetin Komplikasyonları.....	10
2.5.1. Diyabetin Akut Komplikasyonları.....	10
2.5.1. 1.Diyabetik Ketoasidoz (DKA).....	10
2.5.1.2. Hiperozmolar Hiperglisemik Non-ketotik Koma (HHNK).....	11
2.5.1.3. Laktik asidoz (LA).....	11
2.5.1.4. Hipoglisemi	12
2.5.2. Diyabetin Kronik Komplikasyonları.....	12
2.5.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar.....	13
2.5.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar.....	15
2.5.2.2.1. Oküler Komplikasyonlar :.....	15
2.5.2.2.2. Nefropati (Diyabetik Böbrek Hastalığı).....	15
2.5.2.2.3. Nöropati.....	16
2.5.2.2.4. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu.....	17
2.6. Diyabet ve Cinsel Yaşam	18
2.6.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğunu Etkileyen Faktörler.....	19
2.6.2. Diyabetli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Patofizyolojisi.....	21
2.6.3. Diyabetli Erkeklerde Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Patofizyolojisi.....	22
2.6.4. Cinsel İşlev Bozukluklarında Aile Hekimliği Yaklaşımı.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Modeli	25
3.2. Dahil Edilme Kriterleri.....	25
3.3. Dışlama Kriterleri.....	25

3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6. İstatiksel Analiz.....	28
3.7. Alınan İzinler.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Tanımlayıcı Analizler.....	29
4.1. 1. Sosyodemografik Verilerin Tanımlayıcı Analizleri.....	29
4.1.2. Katılımcıların Bakış Açısı/Engeller Anketinin Tanımlayıcı Analizleri.....	32
4.1.3. Katılımcıların Beklenti/Tercih Anketlerinin Tanımlayıcı Analizleri.....	34
4.1.4. Katılımcıların Cinsel Sağlıkları Hakkında Almış Oldukları Sağlık Hizmetinine Yönelik Deneyimlerini Değerlendirme Anketinin Tanımlayıcı Verileri.....	36
4.2. Karşılaştırmalı Analizler.....	38
4.2.1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı/Engeller, Tercih Ve Deneyimlerinin Karşılaştırması.....	38
4.2.1.1. Cinsiyet İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Puanı, Tercih Puanı Ve Deneyimleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması.....	39
4.2.1.2. Yaş İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Puanı, Tercih Puanı Ve Deneyimleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması.....	41
4.2.1.3. Eğitim Düzeyi İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Puanı, Tercih Puanı Ve Deneyimleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması.....	42
4.2.1.4. Gelir Düzeyi İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Ve Tercih Puanı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması.....	43
4.2.1.5. Sigara Ve Alkol Kullanımı İle Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması.....	44
4.2.1.6. Diyabet Süresi İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Ve Tercih Puanı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması.....	45
4.2.2. Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı İle Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	45

4.2.3. Erkeklerde Sosyodemografik Verilerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı İle Karşılaştırılması.....	50
4.2.4. Cinselliği Tartışmadaki <u>Engeller/Bakış Açısı</u> Anketinin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı İle Karşılaştırmalı Analizleri.....	54
4.2.5. Katılımcıların cinsel sağlıkları hakkında alacakları sağlık hizmetinine yönelik <u>tercihlerini</u> değerlendirme anketinin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Karşılaştırması.....	61
4.2.6. Katılımcıların cinsel sağlıkları hakkında aldıkları sağlık hizmetine yönelik <u>deneyimlerini</u> değerlendirme anketinin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Karşılaştırması.....	62
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇLAR.....	75
7. KAYNAKÇA.....	76
8. EKLER	88
8.1. Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	88
8.2. Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu.....	90
8.3. Ek 4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın ve Erkek Veri Formu	92
8.4. Ek 5. Sağlık Hizmeti Tercih/ Deneyimlerinin Değerlendirilmesi Veri Formu.....	96

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri ile bazı alışkanlıklarının dağılımı

Tablo 2: Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı

Tablo 3: Katılımcıların diyabet hastalığı tanılı sürelerine göre dağılımı

Tablo 4: Katılımcıların diyabet hastalığı için uygulamaya devam ettiği tedavi türü

Tablo 5: Tüm katılımcıların diyabetin kronik komplikasyonları açısından değerlendirmesi

Tablo 6: Katılımcıların cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan değerleri

Tablo 7: Tüm katılımcıların bakış açılarının değerlendirildiği anket sorularının tanımlayıcı verileri

Tablo 8: Katılımcıların Beklenti/tercihlerinin değerlendirildiği anket sorularının tanımlayıcı verileri

Tablo 9: DM tanısı sonrası cinsel sağlık problemi yaşama durumu tanımlayıcı analizi

Tablo 10: Katılımcıların cinsel sağlıklarının sorgulanma durumunun tanımlayıcı verileri

Tablo 11: Hekim branşlarına göre cinsel sağlık sorgulama durumları

Tablo 12: Katılımcıların cinsel sağlıklarının sorgulanmasından rahatsız olma durumları

Tablo 13: Hekimlerin cinsel yaşam sorunlarının çözümüne yardımcı olabilme durumları

Tablo 14: CYKÖ ve bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi

Tablo 15: Bakış açısı/engeller anket toplam puanı ve bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi

Tablo 16: Tercih anketi toplam puanı ve bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi

Tablo 17: Bakış açısı/engeller anket toplam puanı ve CYKÖ puanının lineer regresyon analizi

Tablo 18: Cinsiyete göre CYKÖ, bakış açısı ve tercih toplam puanı karşılaştırmalı verileri

Tablo 19: Cinsiyete ile deneyimlerinin karşılaştırmalı verileri

Tablo 20: Katılımcılarının Yaşının Cykö Ve Bakış Açısı Toplam Puanı İle Karşılaştırmalı Verileri

Tablo 21: Katılımcılarının Yaşının Deneyimleri İle Karşılaştırmalı Verileri

Tablo 22: Katılımcılarının eğitim düzeyi ile CYKÖ, Bakış açısı ve tercih toplam puanının karşılaştırmalı verileri

Tablo 23: Katılımcıların eğitim düzeyi ile deneyimlerinin karşılaştırmalı verileri

Tablo 24: Katılımcılarının Gelir Düzeyi İle CYKÖ, Bakış Açısı Ve Tercih Puanı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı verileri

Tablo 25: Katılımcılarının sigara/alkol kullanım durumuna göre CYKÖ Puanı

Karşılaştırmalı verileri

Tablo 26: DM süresi İle CYKÖ, Bakış Açısı Ve Tercih Puanı Arasındaki İlişkinin

Karşılaştırmalı verileri

Tablo 27: Sosyodemografik Verilerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı ile

Kıyaslanması

Tablo 28: Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların, Diyabetin Süresine Göre Karşılaştırmasını Gösteren Dağılım (n:197)

Tablo 29: Kadınların Diyabet Sürelerine Göre CYKÖ-Kadın anketinden aldıkları puanların karşılaştırmasını gösteren post hoc analiz

Tablo 30: Kadınların yaşı ile CYKÖ-K anketinden aldıkları puanların karşılaştırması

Tablo 31: Tedavi türlerine göre CYKÖ-Kadın anketi puanlarının kıyaslanması

Tablo 32: CYKÖ-K puanı ile komplikasyon varlığı ilişkisi

Tablo 33: Sosyodemografik verilerin cinsel yaşam kalitesi ölçeği-erkek toplam puanı kıyaslaması

Tablo 34: Erkeklerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların, diyabetin süresine göre karşılaştırmasını gösteren dağılım (n:129)

Tablo 35: Erkeklerin diyabet sürelerine göre CYKÖ-Erkek anketinden aldıkları puanların karşılaştırmasını gösteren post hoc analiz

Tablo 36: Erkeklerin yaşı ile CYKÖ-E anketinden aldıkları puanların korelasyon analizi

Tablo 37: Tedavi türlerine göre CYKÖ-Erkek anketi puanlarının kıyaslaması

Tablo 38: Diyabetin komplikasyonları ile CYKÖ-E puanı arasındaki ilişki

Tablo 39: Bakış açısı verilerinin CYKÖ puanı ile karşılaştırması

Tablo 40: Bakış açısı anket sorularının CYKÖ puanı ile karşılaştırmalı verileri

Tablo 41: Katılımcıların toplam tercih puanı ve CYKÖ ortalama puanının karşılaştırmalı verileri

Tablo 42: Deneyimler ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Karşılaştırması

Tablo 42: Deneyimler ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Karşılaştırması

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri

KISALTMALAR

CYKÖ: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

CD: Cinsel Disfonksiyon

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

DM: Diyabetes Mellitüs

ED: Erektıl Disfonksiyon

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitüs

ADA: Amerikan Diyabet Derneği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu

HHNK: Hiperozmolar Hiperglisemik Non-ketotik Koma

DKA: Diyabetik Ketoasidoz

LA: Laktik Asidoz

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında destek ve yardımlarını esirgemeyen, öğrencisi olduğum için kendimi hep çok şanslı hissedeceğim, her konuda ufkumu açan Sevgili hocam Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL'a,

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a, Prof. Dr. Vildan MEVSİM'e, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a, Doç. Dr. Neslişah TAN'a, Uzm.Dr. Gizem LİMNİLİ'ye, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a,

Benzer uzmanlık sürecini paylaştığımız, tecrübelerini paylaşarak bana destek olan tüm asistan arkadaşlarıma, mezun uzmanlarımıza ve tüm anabilim dalı çalışanlarına,

Araştırmaya değerli vaktini ayırıp katılan tüm katılımcılara,

Karşılaştığımız andan itibaren hayatımı güzelleştirip yanımda olan Mert Dilsizler'e,

Hayatımda oldukları için çok şanslı olduğum, sevgi ve desteklerini esirgemeyen, bana her zaman inanan, varlıklarıyla bana hep güç veren canım annem, babam ve abime çok teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Eda Orhan

ÖZET

DİYABETİN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ VE BU HASTALARIN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETİ DENEYİMLERİ İLE BEKLENTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Eda Orhan

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL

Amaç: Çalışmamızda amacımız, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalına bağlı eğitim ASM' lerde kayıtlı diyabet hastalarının cinsel yaşam kalitesini anket soruları ile değerlendirerek diyabetin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini ölçmek ve bu hastaların cinsel fonksiyon bozukluklarına yönelik aldıkları sağlık hizmeti deneyimlerini / beklentilerini, cinsel kaygıların tartışılması konusundaki tercihlerini daha iyi algılamak, hem hasta tarafından bildirilen tartışma engellerini hem de tartışmayı kolaylaştıran uygulamaları belirlemektir.

Çalışmamız, diyabetin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmeyi ve DM hastalarının varsa tedavi arayışındaki davranışlarını, hekimlerinden bekledikleri yaklaşımı-deneyimlerini değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel analitik bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim dalına bağlı eğitim ASM' lere kayıtlı 18-75 yaş arasındaki tip 1 ve tip 2 diyabet tanılı bireyler oluşturuyor. Katılımcılar 18-75 yaş aralığındaki DM hastaları arasından sistematik rasgele örneklem seçimi yöntemi ile belirlenecektir. Bu hastalara "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (SQoL-F / SQoL-M) " ve literatür taramalarından elde ettiğimiz verilere dayanarak bizim hazırladığımız hastaların bu konuda tercihlerini-deneyimlerini değerlendirmeyi planladığımız sorulardan oluşan anket uygulandı. Tüm katılımcılar sosyodemografik veriler (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sigara / alkol kullanımı) ve ayrıca diyabet süresi, diyabetik komplikasyonların varlığı, ailesel diyabet öyküsü ve kullandıkları antidiyabetik ilaçlar açısından sorgulandı.

Bulgular: Tüm katılımcıların CYKÖ ortalama puanı $70,76 \pm 22,95$ bulunmuştur. Kadınların ölçekten aldığı ortalama puan 69,75, erkeklerin ölçekten aldığı ortalama puan

72,31 bulunmuştur. Anketin bakış açısı/engeller olarak tanımladığımız ilk bölümünün toplam puanının cronbach's alpha değeri hesaplanmıştır ve güvenilirlik katsayısı tüm katılımcılar için 0,804, kadınlar için değerlendirildiğinde 0,782, erkekler için değerlendirildiğinde 0,824 olarak hesaplanmıştır. Anketin beklenti/tercih olarak tanımladığımız ikinci bölüm toplam puanının cronbach's alpha değeri hesaplanmıştır. Tüm katılımcılar için cronbach's alpha 0,687, kadınlar için değerlendirildiğinde 0,689, erkekler için değerlendirildiğinde 0,677 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Diyabetes mellitüs, düşük cinsel yaşam kalitesi için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda, birinci basamak sağlık hizmeti ortamında cinsel sağlık konularının tartışılmasını engelleyen hastalarla ilgili faktörleri incelemeye çalıştık ve hastaların cinsel sağlıklarını ele almanın rutin bakımın bir parçası olması gerektiği sonucuna varılmıştır. Öncelikle hekimlerin, DM sonucu cinsel sorunların ortaya çıkma ihtimaline daha fazla dikkat etmeleri gerekmektedir. Hastalara diğer komplikasyonlar hakkında bilgi verilirken cinsel sorunlar hakkında da bilgi verilmesi ve bunun genel diyabet bakımının "normal" bir parçası haline getirilmesi gerekmektedir. Hekimler olarak, uygun bağlam ve koşullar sağlandığında hastalara doğrudan ve açık bir şekilde bu konuyu tartışmak isteyip istemediklerini sormamız gerekmektedir. Cinsel sağlık hakkında hasta-hekim iletişimin geliştirilmesi için, ülkemizde ileri çalışmalar planlanabilir.

Anahtar kelimeler: Tip 2 diyabet, tip 1 diyabet, cinsel fonksiyon bozuklukları, cinsel yaşam kalitesi, sağlık hizmeti deneyim ve beklentisi

SUMMARY/ABSTRACT

EVALUATING THE EFFECTS OF DIABETES ON SEXUAL QUALITY OF LIFE AND ASSESSING HEALTHCARE EXPERIENCES AND EXPECTATIONS OF PATIENTS

Dr. Eda Orhan

Department of Family Medicine, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine

Thesis Advisor: Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL

Aim: The aim of our study is to assess the sexual quality of life of diabetic patients registered at the Family Medicine Department's training centers affiliated with Dokuz Eylül University Faculty of Medicine using survey questions, to measure the impact of diabetes on sexual quality of life, and to better understand the experiences/expectations of these patients regarding healthcare services for sexual dysfunction. This involves exploring preferences for discussing sexual anxieties, identifying both patient-reported barriers to discussions and facilitating practices. Our study is a cross-sectional analytical research aiming to evaluate the impact of diabetes on sexual quality of life and to assess the behavior of patients with DM in seeking treatment, as well as their expectations and experiences from their physicians.

Materials and Methods: The population of this study consists of individuals aged 18-75 diagnosed with type 1 and type 2 diabetes registered at the Family Medicine Department's training centers affiliated with Dokuz Eylül University Faculty of Medicine. Participants will be selected through systematic random sampling among individuals aged 18-75 diagnosed with DM. A survey was administered to these patients, consisting of questions prepared by us to evaluate patients' preferences and experiences in this regard, based on the "Sexual Quality of Life Scale (SQoL-F / SQoL-M)" and data obtained from literature reviews. All participants were queried regarding sociodemographic variables (age, marital status, education level, income level, smoking/alcohol use) and specific aspects such as duration of diabetes, presence of diabetic complications, family history of diabetes, and antidiabetic medications used.

Findings: The mean score of Sexual Quality of Life Scale for all participants was 70.76 ± 22.95 . The average score for women was 69.75, while for men it was 72.31. The Cronbach's alpha value for the total score of the first section defined as perspective/barriers in the survey was calculated, showing a reliability coefficient of 0.804 for all participants, 0.782 for women, and 0.824 for men. The Cronbach's alpha value was also calculated for the total score of the second section defined as expectations/preferences in the survey, resulting in 0.687 for all participants, 0.689 for women, and 0.677 for men.

Conclusion: Diabetes mellitus is a risk factor for low sexual quality of life. In our study, we attempted to examine factors related to patients that hinder the discussion of sexual health issues in primary healthcare settings and concluded that addressing patients' sexual health should be an integral part of routine care. Primarily, healthcare providers need to pay more attention to the possibility of sexual problems arising as a result of diabetes. Providing information to patients about sexual issues while discussing other complications and making this a "normal" part of general diabetes care is essential. As healthcare providers, we should ask patients directly and openly if they wish to discuss this issue when appropriate context and conditions are established. Advanced studies can be planned in our country to improve patient-physician communication regarding sexual health for further enhancement.

Keywords: Type 2 diabetes, type 1 diabetes, sexual dysfunction, sexual quality of life, healthcare experiences and expectations

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik, geniş spektrumlu bir metabolizma bozukluğudur [1]. Dünyadaki en yaygın ve maliyetli kronik hastalıklardan biridir. Dünyada artan diyabet sayısı göz önüne alındığında, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2010 yılında 20-79 yaş grubunda küresel prevalansı %6,4 (285 milyon kişi) olan gizli bir salgın olarak tanımlamıştır. 2030'da %7,7'ye (yılda 439 milyon) ve 2035'te yılda 600 milyonun üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir [2].

Diyabet mikrovasküler veya makrovasküler komplikasyonlarla kendini gösterebilir. Diyabetin uzun vadeli komplikasyonlarından biri cinsel işlev bozukluğudur. Önceki çalışmalar, diyabet hastalığının her iki cinsiyette de kişilerin cinsel işlevi ve sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini göstermiştir. Bu durum diyabetin neden olduğu vasküler, nörolojik ve psikolojik problemlerden veya bu hastalarda kullanılan ilaçların olumsuz etkilerinin sonucu olabilir. Cinsel sağlık, kardiyovasküler, nörolojik ve hormonal faktörlerin etkileşiminin bir sonucudur ve bireysel faktörlerden, kişilerarası ilişkilerden, aile ve toplumu yöneten geleneklerden, kültürden ve dinden etkilenir [3, 4]. İran'da yürütülen bir çalışmada, tip 2 diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansının %88 olduğu rapor edilmiştir [5]. Başka bir çalışmada, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, diyabetli erkeklerin erektil disfonksiyona sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur ve bu durumdaki erkeklerin yarısından fazlasını etkiler. (Tip 1 Dm'de %37, tip 2 DM'de %66 ve her iki tip Dm'de %57.) Diyabetli erkeklerde erektil disfonksiyon için tarama ve uygun müdahalenin önerildiği gösterilmiştir [6]. Yine kılavuzlar gösteriyor ki, diyabetli erişkin erkekler seksüel disfonksiyon ve özellikle erektil disfonksiyon bakımından periyodik aralıklarla incelenmelidir [1].

Kapsamlı tıbbi bakım, biyopsikososyal bakım modelini içermeli ve sağlığın tüm yönlerini kapsamalıdır. Hasta ve sağlayıcının rahatsız hissetmesi nedeniyle cinsel sağlık konuları gözden kaçabilir veya bunu konuşmaktan kaçınılabilir [7]. Diyabetik hastalarda bakımın bir bileşeni olan cinsel sağlık, belki de birçok kişi tarafından tabu olarak görüldüğü için sıklıkla ihmal edilmiştir [8]. Tip 2 diyabetli erkeklerde yapılan bir çalışmada, erektil disfonksiyonun yaygınlığı %89 bulunmuştur. Yine bu çalışmada çoğu hasta (%84.8) bu konuyu tartışmaya istekli olmasına rağmen, hastaların çok azına (%9.7) kliniğe gittikleri son bir yıl içinde doktorları tarafından erektil disfonksiyon hakkında soru sorulduğu

bulunmuştur [9]. Toplam 27.500 erkek ve kadının dahil edildiği küresel cinsel tutumlar ve araştırma çalışmasına göre cinsel aktif katılımcıların neredeyse yarısının (erkeklerin %43'ü ve kadınların %49'u) en az bir cinsel sorun yaşamasına rağmen, bunların %19'undan daha azı sorunları için tıbbi yardım arama girişiminde bulunmuştur. En az bir cinsel sorun yaşadığını bildiren erkek ve kadınların büyük bir yüzdesi cinsel sorunları için profesyonel yardım ya da tavsiye almadığı görülmüştür (Sırasıyla %77.8 ve %78,0) [10] .

Ülkemizde ve dünyada diyabet hastalarında cinsiyete göre hangi tip cinsel fonksiyon bozukluğunun daha sık görüldüğü üzerine yapılan çalışmalar yaygındır ancak diyabetli hastalardaki cinsel yaşamın kalitesini, hastaların kaç yıldır diyabet teşhisinin olduğu, aldığı tedavinin şekli ve diğer sosyodemografik verilerle karşılaştıran çalışmalar nadirdir. Yine bu hastaların, cinsel fonksiyon bozukluğuna ilişkin almak istedikleri sağlık hizmeti, bilgi ve tutumları, hekimlerden beklentilerini ve muayene deneyimlerini değerlendiren araştırmalar da ülkemizde nispeten daha az yapılabilmektedir. Kömürcü ve arkadaşlarının yaptığı literatür çalışmasında, 2007'den 2012'ye cinsellik üzerine yapılan çalışmaların %34,6'dan %65,4'e yükseldiği saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınlar üzerinde gebelik ve doğum sonu dönemde cinsel fonksiyonlar, cinsel taciz ve şiddet konuları en fazla çalışılmış iken; cinsel eğitim, cinsellikle ilgili bilgi ve tutumlar ile toplumsal cinsiyet ve cinsel tabular en az çalışılan konular olarak yer almaktadır [11].

Erkeklerin cinsel fonksiyon durumları üzerinde daha fazla çalışma yapılırken, kadın cinselliği üzerinde yapılan çalışmaların daha kısıtlı olduğu da görülmektedir [12,13]. Ülkemizde sağlık çalışanlarının diyabetin cinsel sağlığa etkilerinin farkındalığı hakkında yapılan bir çalışmada, diyabet sağlık çalışanlarının diyabetin cinsel sağlığa etkileri, diyabetli kadınların en sık görülen cinsel sağlık sorunları ve diyabet tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir [14].

Alan yazının incelenmesi sonucunda **çalışmamızın iki amacı oluşmuştur. Birincisi** diyabetin cinsel yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmektir. **Diğer amacı** ise birinci basamakta hastaların cinsel kaygılarını danışma konusundaki tercihlerini, hekimine danışmasının önündeki engelleri ve/veya kolaylaştıran uygulamaları belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi:

Diyabetes mellitus (DM), insülin salınımında, insülinin etkisinde ya da bu faktörlerin her ikisinde de bozukluk nedeniyle ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize kronik, ilerleyici, komplikasyonları ile tüm sistemleri etkileyebilen multisistemik metabolik bir hastalıktır [15].

Diyabetteki insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat (KH), yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı bir durum oluşur. Hastalığın, akut komplikasyon riskini azaltmak ve uzun dönem kronik (retinal, renal, nöral, kardiyak ve vasküler) ve tedavi maliyetini artıran komplikasyonlarından korunmak için hastaların sürekli eğitimi şarttır [1].

Dünyada diyabetten etkilenen insan sayısının giderek artması, yakın gelecekte diyabet insidansının, morbidite ve mortalitesinin artacağını göstermektedir [16].

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından 2013 yılında yayınlanan ‘Altıncı Diyabet Atlası’ dünyada diyabetin mevcut durumu ve geleceği ile ilgili önemli veriler içermektedir. Bu atlasta dünyada diyabet ve komplikasyonlarının prevalans, insidans, mortalite ve ekonomik yükü global olarak ve yedi ayrı bölgede değerlendirilmiştir. Bu verilere göre 2013 yılı itibarı ile dünyada 382 milyon diyabetli yaşamakta ve 2035 yılında bu sayının 592 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. IDF’in Diyabet Altıncı Atlası 2035 yılı tahminlerine göre Türkiye, diyabetli nüfus itibarı ile diyabetin dünyada en yüksek olacağı ilk 10 ülke arasına girmesi öngörülmektedir.

Altıncı (IDF) Diyabet Atlası’na göre ülkemiz Avrupa ülkeleri arasında diyabet prevalansının en yüksek olduğu ülkedir. Benzer şekilde Avrupa’da 20-79 yaş arası en fazla diyabetli hastanın bulunduğu ülkeler sıralamasında ülkemiz 7 milyonu aşkın kişiyle Rusya ve Almanya’dan sonra 3. sırada yer almaktadır. Diyabetin en önemli risk faktörleri arasında sayılan obezitenin ülkemizde özellikle son yıllarda artış göstermesi bu sonucun ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) tahminlerine göre, 1985 yılında dünya çapında 30 milyon diyabet hastası vardır. 2005 yılında bu sayı 230 milyona yükselmiştir. Bu verilere göre yaklaşık 20 yılda yeni tanı alan hasta sayısında 7 kat artış olduğu görülmektedir. 2015 yılında dünya genelinde 415 milyon yetişkin diyabet hastası olduğu, 11 yetiştikenden birinin diyabetli olduğu ve her 7 doğumdan birinin gestasyonel diyabetli olduğu bildirilmiştir. Diyabet kontrolsüz bir salgın olarak ilerlemeye devam ederse, IDF

2040 yılına kadar on yetişkinden birinin diyabetli olacağını ve dünya çapında toplam 642 milyon yetişkinin diyabetli olacağını tahmin etmektedir [17].

Ülkemizde 90'lı yıllardan itibaren DM sıklığına dair kapsamlı çalışmalar yapılagelmektedir. Ülkemizde diyabetle ilgili ilk büyük epidemiyolojik alışma Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Projesi'dir (TURDEP). Bu konuda zamana bağlı değişimi yansıtması bakımından 2002 yılında yayımlanan TURDEP-I [18] ve 2013 yılında yayımlanan TURDEP- II alışmaları çarpıcı sonuçlara ulaşmıştır. TURDEP-I ve TURDEP-II aynı merkezlerde, aynı yaş aralıkları ve aynı örneklem seçimi ile gerçekleştirildikleri için önemli bir örnek sergilemektedir. TURDEP-II, 1997-1998 yılları arası örneklemenin değerlendirildiği TURDEP-I'e göre, 12 yıl sonrasında DM sıklığında yaklaşık %90'lık çarpıcı bir artışa işaret etmektedir [19]. Cinsiyet yönünden kıyaslandığında diyabetin, erkeklerde kadınlara göre hafifçe daha düşük olduğu görülmektedir. Bölgelere göre diyabetin prevalansı değerlendirildiğinde ise %18,2 oranla en fazla görülen bölge Doğu Anadolu iken, %14.5 oranla sıralamada en altta Kuzey Anadolu gelmektedir [20].

IDF 6. Diyabet Atlası'nda da Türkiye'nin, hem prevalans hem de nüfus açısından Avrupa'da diyabetin en sık görüldüğü ilk beş ülke içinde olduğu bildirilmiştir. Yine aynı yayında ayrıca, ülkemizin önümüzdeki 20 yıl içinde diyabetin en sık görüleceği ilk 10 ülke listesine gireceğine işaret edilmektedir [21].

2.2. Klinik Bulgu ve Belirtiler

Diyabetin klinik bulguları arasında ağız kuruluğu, polifaji veya iştahsızlık, polidipsi, poliuri, nokturi, kilo kaybı, bulanık görme, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, idrar yolu enfeksiyonları, vulvovajinit, mantar enfeksiyonları, kaşıntı, ciltte kuruma ve yorgunluk bulunmaktadır [15].

2.3. Diyabetin Tanı Kriterleri

Diyabet ve glikoz metabolizmasının diğer bozukluklarının tanı ve sınıflamasında önemli değişiklikler yapılmıştır. 1997 yılında, Amerikan Diyabet Derneği (ADA) yeni tanı ve sınıflama kriterlerini yayımlamış ve hemen ardından 1999'da Dünya Sağlık rgt (WHO) bu kriterleri küçük revizyonlarla kabul etmiştir. WHO ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından 2006 yılında yayımlanan raporda 1999 kriterlerinin korunması benimsenmiştir [1].

Şekil 1. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri [1]

	Aşık DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG+BGT	YRG
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2. St PG (75 gr glukoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl+ diyabet semptomları	-	-	-	-
A1C*	≥%6,5 (≥48mmol/mol)	-	-	-	%5,7-6,4 (39- 47mmol/mol)

*Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz veya heksokinaz yöntemi ile ‘mg /dl’ yöntemi ile ölçülür. ‘Aşık DM’ tanısı için dört tanı kriterinden herhangi biri yeterli iken, ‘İzole BAG’ ve ‘BAG+BGT’ için her iki tanı kriterin bulunması şarttır. Standardize metodlarla ölçülmelidir. (DM: Diyabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, A1c: Glikozillenmiş hemoglobin A1C, BAG: Bozulmuş açlık glukozu, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı, YRG: Yüksek risk grubu)

Diyabet hastası olduğundan şüphenlenen kişilerde APG, rastgele PG ve/veya HbA1C tetkiki yapılarak diyabetes mellitus tanısı konulabilir. Çok ağır diyabet semptomlarının bulunduğu durumlar haricinde, hastalığın tanısının daha sonraki bir gün, aynı (veya farklı bir) yöntemle doğrulanması gerekir. Eğer başlangıçta iki farklı test yapılmış ve test sonuçları uyumsuz ise sonucu eşik değerin üstünde çıkan diyabet hastalığı varlığını düşündüren test tekrarlanmalıdır ve sonuç yine aynı şekilde diyagnostik ise diyabet tanısı konulmalıdır. Rastgele PG ölçümü, günün herhangi bir zamanında öğünü dikkate almadan yapılan kan şekeri ölçümüdür. Rastgele yapılan ölçümde 200 mg/dl ve üzerindeki değerler, eğer diyabet semptomları da eşlik ediyorsa diyabetes mellitus teşhisine götürür.

Diğer yöntemler kullanıldığı halde aşık diyabet tanısı konulmamış, ancak glikoz metabolizma bozukluğu şüphesi devam eden hastalarda oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılır. Tanı için 75 g glikoz ile standart OGTT yapılması, en az 8 saat süreyle açlık sonrası sabah ölçülen açlık plazma glikoz (APG) düzeyine dayalı tanı yöntemine göre daha

sensitif ve spesifiktir. Ancak OGTT'nin aynı kişide günden güne değişkenliğinin yüksek, yoğun emek gerektiren ve maliyetli olması rutin kullanımını güçleştirmektedir. Ayrıca APG daha kolay uygulanabilmesi ve ucuz olması nedeniyle klinik pratikte daha sık kullanılmaktadır. Bununla beraber, OGTT'nin hem diyabet tanısında hem de diyabet ve prediyabet taramasında daha duyarlıdır [1].

Tip 1 diyabet tanısı için, aşık klinik başlangıcı nedeniyle, çok nadir durumlar dışında OGTT yapılması gerekmez.

HbA1c, ancak uluslararası standardize edilmiş yöntemlerle ölçüm yapıldığında tanı testi olarak kullanılabilir. Ülkemizde henüz HbA1c ölçüm testleri standardize edilemediği için tek başına tanı testi olarak kullanımı önerilmez. Anemi, hemoglobinopati, C ve E vitamini gibi antioksidan kullanımı ya da gebelik (2. ve 3. trimester) varlığında HbA1c testinin kullanılması yanlış sonuçlar verebileceği de gözden kaçırılmamalıdır [15].

2.4. Diyabetin Sınıflandırması

Diyabet, aşağıdaki 4 genel kategoride sınıflandırılabilir:

I. Tip 1 DM: Otoimmün pankreas beta hücre yıkımı nedeniyle, genellikle mutlak insülin eksikliği ile gider.

II. Tip 2 DM: Sıklıkla arka planda insülin direncinin olduğu, yeterli beta hücresine rağmen insülin sekresyonunda defekt vardır.

III. Gestasyonel DM: Gebelikten önce diyabet tanısı olmayan ancak gebeliğin 2. ve 3. trimesterinde tanı alan diyabet şeklidir.

IV. Diğer spesifik diyabet tipleri: Örneğin monogenik diyabet sendromları (neonatal diyabet, MODY gibi gençlerde görülen erişkin tipi diyabet), ekzokrin pankreas hastalıkları (kistik fibrozis, pankreatit gibi) ve ilaç veya kimyasal kaynaklı diyabet (HIV/AIDS tedavisinde, glukortikoid kullanımında veya organ nakli sonrası) [22].

Diyabetli bireylerin çoğunluğunu tip 1 ve tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır.

Tip 1 Diabetes Mellitus:

Önceden 'insüline bağımlı diyabet', 'juvenil diyabet', 'çocukluk çağında başlayan diyabet' olarak da adlandırılan tip 1 diabetes mellitus (DM), diyabet hastalarının %5-10'u kadarını oluşturmaktadır. Tip 1 DM'de pankreas beta hücrelerinin çoğunlukla otoimmün hasarına bağlı olarak mutlak insülin eksikliği vardır. Otoimmün belirteçler arasında adacık hücresi otoantikorları ve GAD (GAD65), insülin, tirozin fosfatazlar IA-2 ve IA-2 β ve ZnT8'e karşı otoantikorlar yer alır. Tip 1 diyabet, bu otoimmün belirteçlerin bir veya daha fazlasının

varlığı ile tanımlanır [23]. Tip 1 diyabet gelişiminde genetik yatkınlık ve henüz net olarak ortaya konmamış birçok çevresel faktörün rol oynadığı düşünülmektedir [21].

Semptomlar genellikle 30 yaşından önce başlar. Okul öncesi (6 yaş civarı), puberte (13 yaş civarı)

ve geç adolesan dönemde (20 yaş civarı) üç pik görülür. Ancak son 20 yıldır daha ileri yaşlarda ortaya çıkabilen 'latent otoimmün diyabet' (latent autoimmune diabetes of adult: LADA) formunun, çocukluk çağı (15 yaş altı) tip 1 diyabete yakın oranda görüldüğü bildirilmektedir. LADA beta hücre fonksiyonunun yavaş kaybıyla ilişkilidir [24].

Çocuklar ve ergenler, ilk bulgu olarak diyabetik ketoasidoz ile başvurabilirler. Genellikle, enfeksiyon veya diğer streslerle tetiklenen, hızla hiperglisemiye ve/veya DKA'ya dönüşebilen orta düzeyde açlık hiperglisemisi vardır. Hastalığın son aşamasında çok az insülin salgısı vardır veya hiç yoktur.

Hastalar sıklıkla zayıf ya da normal kilodadır. Bununla beraber, son yıllarda fenotip açısından insülin direnci hakim tip 2 diyabete benzeyen, kilolu/obez kişilerde görülen ve 'Duble diyabet', 'Hibrid diyabet', 'Dual diyabet' veya 'Tip 3 diyabet' olarak adlandırılan tip 1 diyabet formu da tanımlanmıştır. 'Duble diyabet' genellikle tip 2 diyabet için genetik yatkınlığı olan Tip 1 diyabetli bireylerde, özellikle insülin tedavisi sonrasında kontrolsüz kilo alımı olunca kendisini belli etmektedir. Özellikle çocukluk çağı başlangıçlı vakalar, diyabetik ketoasidoza (DKA) yatkındır. Hiperglisemiye ilişkin (ağz kuruluğu, polidipsi, açlık hissi, poliüri, kilo kaybı ve yorgunluk gibi) semptom ve bulgular aniden ortaya çıkar. Tip 1 diyabette mutlak insülin eksikliği olduğundan tedavinin temelini insülin replasmanı (enjektör, kalem veya pompa ile uygulanabilir) oluşturur. Tip 1 diyabetli hastalar, günlük insülin tedavisi, yakın izlem, dengeli ve düzenli beslenme ve fizik aktivite, eğitim ve evde kendi kendine kan glikoz (self monitoring of blood glucose) ve keton izlemi ile daha sağlıklı bir yaşam sürebilirler.

Tip 2 Diyabetes Mellitus:

Geçmişte 'insüline bağımlı olmayan diyabet', 'erişkin diyabet' veya 'tip II diyabet' olarak da isimlendirilmiştir. Tüm diyabet olgularının %90'dan fazlasını oluşturmaktadır.

Tip 2 DM multifaktöriyeldir ve beta hücre fonksiyonlarını ve dokuların insülin duyarlılığı etkileyen çevresel nedenleri ve genetik etkenleri içerir. Hastalığın temelinde yaşam tarzının da tetiklemesi ile genetik olarak yatkın kişilerde giderek artan insülin direnci ve zamanla azalan insülin salınımı söz konusudur. İnsülin direncinin bir sonucu olarak insülin duyarsızlığı, insülin üretiminde azalma ve sonuç olarak pankreas beta hücrelerinin yetmezliği ile ilerleyen bir hastalıktır [25]. İnsülin direncinin altında yatan nedenlerin,

yaşlanma ve genetiğin daha az etkisiyle birlikte, esas olarak aşırı yeme ve hareketsiz yaşam tarzı nedeniyle aşırı kilo ve obezite ile ilgili "çevresel nedenler" olduğuna inanılmaktadır [26, 27, 28]. Ayrıca, hipergliseminin kendisi de pankreas beta hücre fonksiyonunu bozabilir ve bunun sonucunda insülin direnci daha şiddetlenir. Bu durum, metabolik durumun kötüleşmesine neden olan kısır bir hiperglisemi döngüsüne yol açabilir [29]. Sonuçta hiperglisemi, birden fazla doku ve organda işlev bozukluğuna ve komplikasyonlardan oluşmaktadır [30].

Tip 2 diyabet genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkar, yaşlanma ile sıklığı artar ve poligenik olarak kalıtılır. Bununla beraber, son yıllarda yaşam ve günlük aktivitelerdeki değişiklikler ve artan obezite sıklığı nedeniyle çocuk ve adolesan yaşlarında da tip 2 diyabet sıklığı artmaktadır.

Çalışmalar, tip 2 diyabetin gerçek başlangıcının, tanı anından 8-10 yıl önce olduğunu göstermiştir. Komplikasyon çalışmaları, özellikle makrovasküler ve bazı mikrovasküler değişikliklerin diabetes mellitus tanısından yıllar önce ortaya çıktığını göstermiştir. Kan şekeri düzeylerinin normal aralığın üzerinde olduğu ancak henüz diabetes mellitus tanısı için sınıra ulaşmadığı süreye "pre-diyabet" denir. Bu dönemde müdahale (yaşam tarzı ve gerekirse farmakolojik girişimler), özellikle yüksek kardiyovasküler riski azaltmak için çok önemlidir [21].

Tip 2 diyabetli bireylerde çoğu zaman insülin düzeyleri normal, hatta yüksek gibi görünse de var olan insülin, kan glukoz düzeylerini yeterince düşürecek etkinlikte değildir. İnsülin direnci, kilo verilmesi ve hipergliseminin kontrol altına alınması ile önlenabilir. Hipergliseminin etkileri hastanın eğitimi ve evde kendi kendine kan glikoz izlemi, düzenli ve dengeli beslenme, yeterli fizik aktivite, kilo kontrolü, oral anti-diyabetik ilaçlar (OAD) ve gerekirse insülin tedavisi ile önlenmeye çalışılmalıdır. Ayrıca eşlik eden hastalıkların (hipertansiyon, dislipidemi vb.) tedavisi de yapılmalıdır [1].

Gestasyonel Diyabetes Mellitus :

Gestasyonel DM'nin fizyopatolojisinde gebeliğe bağlı insülin direnci ve genetik yatkınlık bulunmaktadır. Gebelikte, fetüsün gelişmesini sağlamaya yönelik olarak glikoz metabolizmasında değişiklikler meydana gelmektedir. Plasentadan salgılanan HPL (Human Placental Lactogen) hormonu, fetüse yeterince glikoz gitmesini sağlamak amacıyla insülinin kan şekerini düşürücü etkisini frenler. Buna bağlı, gebelikte doğal bir hiperglisemi eğilimi oluşur. Bu eğilim bazen patolojik boyutlara ulaşabilir. Özellikle HPL'nin en etkili olduğu 24. gebelik haftasından itibaren gestasyonel diyabet oluşabilir [31]. Gestasyonel DM'ye bağlı oluşabilecek sorunları önlemek, anne sağlığını korumak ve

ayrıca ileride gelişebilecek tip 2 diyabet ve insülin direnci açısından riskli kadınları izleyebilmek için riski olsun olmasın tüm gebelerde 24-28. haftalarda gestasyonel DM araştırması yapılması klavuzlarda önerilir [1].

Hamilelik sırasında, özellikle üçüncü trimesterde cinsel istekte azalma görülebilir [32]. Gestasyonel diyabetin, cinsel fonksiyonları hem biyolojik ve fiziksel mekanizmalar hem de psikolojik komplikasyonlar aracılığıyla etkilediği ve cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı düşünülmektedir. Hiperglisemi, potansiyel olarak cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olan nörotransmitterlerde değişikliklere yol açan serum prolaktin artışına yol açabilir.

Yapılan çalışmalara göre gebelik diyabeti olan kadınların ağrı skorları, düşük riskli gebelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, vajinanın kayganlaşmaması ve ilişki esnasında ağrı nedeniyle cinsel isteklerinin azalmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, diyabetin kendisi de enfeksiyon olasılığını artırdığından, diyabetli kadınlarda vajinal enfeksiyonun daha yaygın olması, cinsel ilişki ağrısı skorlarının daha yüksek olmasının nedeni olabilir [33].

Gestasyonel diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu, yüksek stres ve kaygılarından da kaynaklanabilir. Bu kadınların kadınların %80'i, yüksek riskli gebelik stresi ile cinsel isteklerinin azalması nedeniyle seks hakkında düşünmemektedir [32]. Sürekli kan şekeri kontrolü, insülin enjeksiyonu ve insülin dozunun ayarlanması gibi zorunlu yaşam tarzı değişikliği, GDM'li kadınların yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir. Hamilelik ve yaşam tarzındaki değişiklik gibi psikolojik değişiklikler, yorgunluk, uykusuzluk ve artan idrara çıkma gibi fiziksel belirtiler, cinsel isteğin azalmasının diğer nedenleri arasında olabilir. Bu özel yaşam koşulları da cinsel işlevlerini etkileyebilir [33].

Souza FO ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da düşük riskli gebeler ile gestasyonel diyabeti olan gebeler karşılaştırılmıştır. Diyabetik gebelerde 'Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi' skorları daha düşük ve cinsel işlev bozukluğu daha yüksek oranda bulunmuştur [34].

Diğer Spesifik Diyabet Türleri

Diğer spesifik türler pankreası etkileyen birçok nedene bağlı olarak meydana gelen kan glikoz yüksekliği olarak tanımlanmaktadır . β - hücre fonksiyonlarının genetik defekti, insülinin etkisindeki genetik defektler , pankreasın ekzokrin doku hastalıkları, endokrinopatiler, ilaç ve kimyasal ajanlar, immün aracılıklı diyabet formları, diyabetle ilişkili genetik sendromlar ve enfeksiyonlar [35] ile etiyolojileri bilinen, tip 1 ve tip-2 DM ile ilişkili olmayan diyabet tipleri bu grupta yer almaktadır.

2.5. Diyabetin Komplikasyonları

Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır.

2.5.1. Diyabetin Akut Komplikasyonları

Diyabetin acil durumları dört ana başlık altında incelenebilir.

1. Diyabetik ketoasidoz (DKA)
2. Hiperozmolar hiperglisemik non-ketotik koma (HHNK)
3. Laktik asidoz (LA)
4. Hipoglisemi

2.5.1. 1.Diyabetik Ketoasidoz (DKA)

DKA, hiperglisemi, ketonemi ve yüksek anyon açıklı metabolik asidozun biyokimyasal üçlüsünden oluşur [36]. Metabolik asidoz genellikle en önemli bulgudur.

-Hiperglisemi: Plazma glikoz düzeyi genelde >250 mg/dL

-Total keton: Kanda 3 mmol/L üzerinde (idrarda keton $\geq 2+$)

-Asidoz: pH $<7,3$; $\text{HCO}_3^- < 15$ mEq/L

-İdrarda keton ve glikoz pozitif [21].

DKA'da karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasında ciddi bir değişiklik vardır [37]. Glikojen depolarının parçalanması, yağ dokudan trigliseritlerin hidrolizi ve kaslardan amino asitlerin mobilizasyonu ile vücut, büyük bir katabolik duruma geçer [38]. Periferik dokulardan salınan trigliseritler ve amino asitler, karaciğer tarafından glikoz ve keton cisimlerinin üretimi için substratlar haline gelir. Hiperglisemi ve keton cisimleri üretimi, bu metabolik dekompanseasyonun gelişmesinde merkezi rol oynar [39].

DKA en sık Tip 1 DM hastalarında görülür. Ayrıca ciddi enfeksiyon, travma, kardiyovasküler veya diğer acil durumlar gibi stres yaratan durumlarda Tip 2 DM'de ortaya çıkar. DKA genellikle tetikleyici bir olaydan sonraki birkaç saat içinde hızla gelişir. Öte yandan, HHNK'nın gelişimi sinsidir ve günler veya haftalar içinde ortaya çıkabilir [38].

Kliniğinde poliüri, polifaji, polidipsi, kilo kaybı, güçsüzlük ve kuru bukkal mukoza, çökük göz küreleri, zayıf cilt turgoru, taşikardi, hipotansiyon gibi intravasküler hacim azalmasının fiziksel belirtileri vardır ve ağır vakalarda şok tablosuna neden olabilir. Kussmaul solunumu, aseton nefesi, bulantı, kusma ve karın ağrısı da DKA'da ortaya çıkabilir ve bunlar ketozis ve asidoza bağlıdır. Asidozun şiddeti ile karın ağrısı ilişkilidir [40]. Vakaların %50-75'inde akut karın ile karıştırılabilecek kadar şiddetli olabilir [41].

DKA'nın sıklıkla ölümcül bir komplikasyonu olan serebral ödem, özellikle yeni teşhis edilen diyabetli çocukların %0.7-1.0'ında görülür [42]. Klinik olarak serebral ödem, bilinç düzeyinde bozulma, letarji, azalmış uyarılma ve baş ağrısı ile karakterizedir.

Tedavide amaç; mevcut olan hipergliseminin düzeltilmesi, serum ozmolalitesinin normal sınırlara getirilmesi, sıvı ve elektrolit anormalliklerinin düzeltilmesidir. Serum glikozu stabil olana kadar başlangıçta her saat ölçülmelidir; serum elektrolitleri, kan üre nitrojeni (BUN), kreatinin ve venöz pH hastalığın şiddetine ve klinik duruma bağlı olarak her iki ila dört saatte bir ölçülmelidir [43].

2.5.1.2 . Hiperozmolar Hiperglisemik Non-ketotik Koma (HHNK)

HHNK ketoasidozun hiç olmadığı ya da çok az olduğu, glikozun >600 mg/dl olması, plazmanın hiperozmolaritesi, dehidratasyon ve mental değişiklik ile karakterize bir komplikasyondur. Sıklıkla nörolojik anormallikler mevcuttur. Tipik olarak genellikle pH >7,30, bikarbonat düzeyi >20 mEq/L'dir ve plazma ve idrarda keton cisimleri negatiftir. Diyabetik ketoasidozda insulin eksikliği ön planda iken, hiperozmolar hiperglisemik durum da asıl problem dehidratasyondur. HHNK'de lipolizi ve ketogenezi önlemek için yeterli miktarda insülin bulunur; yine de bulunan insülin miktarı, glikoz kullanımını sağlamak için yeterli miktarda değildir [44,45].

HHNK'de genel olarak ketozun tetiklediği kusma yoktur ve hastanın sıvı açığı daha belirgindir. Kliniğin DKA'ya göre daha yavaş seyirli olması vakaların hastaneye daha geç ulaşmasına yol açar, bu da prognozu kötüleştirir. Dehidratasyonu olan yaşlı hastalarda nörolojik ve bilinç durumu anormallikleri tespit edildiğinde hiperozmolar hiperglisemik durumdan şüphelenilmelidir [1]. Mortalitesi %12-42 arasında değişmektedir. Tedavide esas olan dehidratasyonun uygun sıvıyla uygun hızda yerine konulması ve glukoz değerinin düşürülmesidir.

2.5.1.3 . Laktik asidoz (LA)

Laktik asidoz, kanda laktat konsantrasyonunun arttığı durumlarda görülen asidoz durumudur. Hiperlaktatemi, 2 mmol/L'nin üzerindeki laktat seviyeleridir. Laktik asidoz ise serum laktat konsantrasyonunun 4 mmol/L üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır [1, 46]. Genellikle pH <7.30 bulunur. Laktik asidoz, biguanid kullanan diyabetlilerde, nadir görülen bir komplikasyondur. Metformine bağlı LA insidensi aslında çok düşüktür. Metformin, özellikle kullanımının kontrendike ya da riskli (iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, ciddi böbrek yetmezliği ve ciddi karaciğer yetmezliği)

olduğu hastalarda kullanılması nadiren de olsa laktik asidoza neden olabilir [47]. Tedavinin temelini altta yatan kolaylaştırıcı faktörün ortadan kaldırılması oluşturur. En mantıklı yaklaşım LA'ya yatkın tip 2 diyabetli hastalarda riskli ilaç kullanımından kaçınmaktır [1].

2.5.1.4. Hipoglisemi

Kişiye zarar veren anormal derecede düşük plazma glikoz konsantrasyonu olarak tanımlanabilir [48]. Akut komplikasyonlar içinde en sık görülen komplikasyondur. Amerikan Endokrin Cemiyeti (The Endocrine Society), Amerikan Diyabet Derneği (ADA) gibi kuruluşlar diyabetli hastalar için hipoglisemi sınırının <70 mg/dl olarak kabul edilmesini önermektedirler. Psödohipoglisemi ise, diyabetli bireylerde tipik hipoglisemi semptomları varken kan glukoz düzeyinin >70 mg/dl ölçülmesidir. Kötü kontrollü diyabetli hastalarda görülebilir.

Hipoglisemi semptomları, nörojenik (adrenajik) ve nöroglükopenik olarak 2 grupta incelenebilir. Nörojenik semptomları arasında titreme, çarpıntı ve anksiyete, terleme, açlık ve parestezi bulunur [49]. Nöroglükopenik semptomlar serebral kortekse glukoz sunumunun azalmasına bağlı olarak gelişir. Nöroglükopenik semptomlar ise baş dönmesi, halsizlik, konsantre olamama, konuşmada güçlük, uyuşukluk, deliryum, konfüzyon sayılabilir ve daha düşük plazma glukoz konsantrasyonlarında nöbet, koma ve ani ölüme kadar varan durumlar görülebilir.

Hipoglisemi, antidiyabetik tedavinin sık görülen ve ciddi bir yan etkisidir. Hipoglisemi gelişen hastaların hastanede kalma süresinin uzaması ve mortalitenin artması muhtemeldir. Hasta ve aileye hipogliseminin belirti ve semptomları ile hipogliseminin düzeltilmesi için mevcut yöntemler hakkında eğitim verilmesi, şiddetli hipoglisemi atakları riskini etkili bir şekilde azaltabilir [50].

2.5.2. Diyabetin Kronik Komplikasyonları

Diyabetin kronik komplikasyonları; mikrovasküler ve makrovasküler olmak üzere iki grupta incelenebilir. Kronik komplikasyonlar esas olarak, diyabetin uzun dönem mortalite ve morbiditesinden sorumludur. Kronik komplikasyonlar körlüğün, böbrek yetmezliğinin, alt ekstremité amputasyonlarının ve kalp hastalıklarının en yaygın nedenlerindendir. Bu sebeple, diyabetin metabolik kontrol altında olması komplikasyonların yönetiminden hem daha ekonomik hem de daha kolaydır [51].

2.5.2.1. Makrovasküler komplikasyonlar

Diyabetin makrovasküler komplikasyonlar arasında koroner kalp hastalığı (KAH), kalp yetmezliği, aritmiler, periferik arter hastalığı (PAH) ve serebrovasküler hastalık yer alır. Akut koroner sendrom(AKS), miyokard infarktüsü (Mİ) öyküsü, stabil veya unstabil angina, koroner ya da diğer arteriyel revaskülarizasyon, inme, geçici iskemik atak veya periferik arteriyel hastalık, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) olarak kabul edilmektedir. ASKVH diyabetli hastalarda en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir [1].

Koroner Arter Hastalığı (KAH) :

Diyabet ve KVH arasındaki sıkı ilişki, diğer kardiyovasküler risk faktörlerinden bağımsız olarak birçok çalışmada gözlemlenmiştir [52, 53]. Diyabetik hastalarda en sık ölüm nedeni, mortalitesi yüksek olan kardiyovasküler hastalıklardır. Tip 2 DM'deki ölümlerin %52'sinden ve Tip 1 DM'deki ölümlerin %44'ünden kardiyovasküler hastalıklar sorumludur [54].

Geçirilmiş miyokard enfarktüsü (MI) öyküsü olmayan kişilerden, diyabeti olanların, olmayanlara göre 7 yıllık MI geçirme riski sırasıyla %20,2 ve %3,5'tir. Benzer şekilde, geçirilmiş MI öyküsü olan kişilerde, 7 yıllık MI riski diyabetiklerde %45 ve diyabetik olmayanlarda %18,8'dir [55]. Yapılan çalışmalar, diyabetin MI gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ve KKH risk eşdeğeri olarak kabul edilebileceğini düşündürmektedir. Diyabetli tüm hastalar kardiyovasküler risk faktörleri açısından yılda en az bir kez değerlendirilmeli ve gerekiyorsa tedavi edilmelidir. Bu risk faktörleri hipertansiyon (HT), dislipidemi, obezite/fazla kilolu olma, sigara, ailede erken KAH öyküsü ve albuminüri varlığıdır.

Çalışmalara göre, tek başına yoğun glisemik kontrol mortaliteyi ve majör kardiyovasküler olayları azaltmayabilir ancak, yaşam tarzı değişiklikleri, hipergliseminin azaltılması ve diyabetle ilişkili kardiyovasküler risk faktörlerinin tedavi edilmesinden oluşan multifaktöryel yaklaşım kardiyovasküler riski azaltmada etkilidir. Bu nedenle, kan şekeri hedefi bireysel olarak hastalara göre ayarlanmalıdır. Son yıllarda, SGLT-2 inhibitörleri ve GLP-1 reseptör agonistleri gibi yeni anti-diyabetik ilaçlar ile hipoglisemi riskini artırmadan mortaliteyi azaltma amaçlanmaktadır [56].

Periferik Arter hastalığı (PAH) :

Aort, koroner arterler ve intrakranial arterler dışındaki tüm arterleri etkileyen durumlar periferik arter hastalığı olarak tanımlanır. Diyabetli hastalarda periferik arter hastalığı riski

2 kat artmıştır. Alt ekstremitte arteriyel hastalığı diyabetin sık görülen bir vasküler komplikasyonudur. Klinik bulguları intermitan klaudikasyo, istirahatte ağrı, ülserasyon ve gangrendir. Diyabetli hastalarda yılda bir hikaye, semptom değerlendirmesi ve nöropati muayenesi ile alt ekstremitte arteriyel hastalık taraması önerilmektedir. Tipik veya atipik alt ekstremitte semptomları olan diyabetli hastalarda arteriyel hastalık taraması için ayak bileği-brakiyal basınç indeksi (ABİ) kullanımı önerilmiştir.

Diyabetin Santral Sinir Sistemi Komplikasyonları:

Diyabetin periferik sinir hastalıkları, inme ve demans gibi nörolojik hastalıklarla da ilişkisi bilinmektedir. Diyabetin beyni etkileme mekanizmaları net olarak ortaya konulamamıştır. Yine de, damar yapısının etkilenmesi, insülin rezistansı, glukoz toksisitesi, oksidatif stres, glikolizasyon son ürünlerinin birikimi, hipoglisemik epizodlar ve amiloid metabolizmasındaki değişikliklerin etkili olduğu düşünülmektedir [57].

Serebrovasküler olay: Diyabet tanılı hastalarda diyabet tanısı olmayanlara göre inme, 2-6 kat daha sık görülmektedir. Bu artan risk, çeşitli metabolik ve hemodinamik komponentlere bağlanmıştır. Ayrıca, var olan inme de diyabetten olumsuz yönde etkilenmekte ve rekürren inme riskinde de artışa neden olmaktadır. Diyabet nedeniyle gelişen ölümlerin yaklaşık %25'inde serebrovasküler hastalıklar rol oynamaktadır.

Demans: Demans, hastaların düşünme, hafıza, günlük yaşam aktiviteleri ve davranışlarını etkileyen bir sendromdur. Yapılan çalışmalarda diyabet ile demans arasındaki ilişki mekanizması net olarak ortaya konulamamıştır ancak demansın alt tipleri olan Alzheimer hastalığı ve vasküler demans açısından diyabetin risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Ayrıca tip 2 diyabet hastalarında sık karşılaşılan hipogliseminin de kognitif yıkımda etkili olduğu ortaya konulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2012'de demans tanısı hasta sayısı 35.6 milyon iken, bu sayının 2030'da 65.7'ye ve 2050 yılında da 115.4 milyona çıkması öngörülmektedir. Artan prevalans nedeniyle diyabetlilerde demans, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir [58].

Sonuç olarak; diyabet santral sinir sistemini de etkilemesi ve ciddi komplikasyonlar oluşturması sebebiyle hastaların bu komplikasyonlar açısından da yakın takip edilip erken tanı ve tedavi altına alınması oldukça önemlidir [57].

2.5.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar

Mikrovasküler komplikasyonlar; retinopati, nefropati ve nöropatidir.

2.5.2.2.1. Oküler komplikasyonlar:

1. Diyabetik retinopati: Diyabetik retinopati, dünyada halen önlenebilen orta veya ciddi derecede görme kaybı nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Retinopati prevalansı diyabetin süresi ile doğru orantılı olarak artar. Görülme sıklığı, diyabet süresi 10 yıldan az olanlarda %7, 10-14 yıl arası olanlarda %26, 15 yıldan fazla olanlarda %63 oranındadır [59]. Diyabetik retinopatiden vasküler geçirgenlikteki değişiklikler, mikroanevrizmalar, vasküler dejenerasyon ve neovaskülarizasyon sorumlu tutulmuştur. Diyabetik retinopati geç evrelerine kadar hastada bir şikayete neden olmayabilir. Bu nedenle şikayeti olmayan hastalar dahil, tüm hastaların düzenli aralıklarla göz muayenesi yaptırması gerekmektedir [60]. Göz dibi muayenesi ile retinopati taraması yapılabilir. Tip 1 diyabetlilerde tanıyı izleyen 5. yıldan itibaren, tip 2 diyabetlilerde ise tanı anından itibaren yıllık göz dibi muayenesi yapılmalı ve her yıl en az bir kez tekrar edilmelidir.

Diyabetteki birtakım değişiklikler sonucunda arteriyel kan akımı azalmakta ve iskemiye neden olmaktadır. Vasküler yetersizlikle birlikte, seksüel girişim ve nokturnal penil tūmesans sırasında yüksek oksijen basıncının kaybının diyabetik erektil disfonksiyonda rol oynadığı görüşü çalışmalarda öne sürülmüştür. Benzer mekanizmalar diyabetik retinopatide rapor edilmiştir [61]. Diyabetik retinopati varlığı ile cinsel disfonksiyon ilişkisi bu mekanizmalardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tip 2 diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu değerlendirildiği bir çalışmada retinopati ve cinsel işlev bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmuştur [62]. Ürdünde diyabetik kadınlarda yapılan başka bir çalışmada da daha uzun diyabet süresi, ileri yaş, koroner arter hastalığı, nefropati ve retinopati varlığının kadın cinsel işlevi üzerinde önemli zararlı etkileri olduğu bulunmuştur [8].

2. Diyabetik katarakt

3. Glokom

2.5.2.2.2. Nefropati (Diyabetik Böbrek Hastalığı):

Nefropati, idrarda albumin/kreatinin oranının <30 mg/gr olması normal, ≥30 mg/gr olması yüksek idrar albumin atılımı olarak tanımlanmıştır. DM'li hastaların %20-40'ında görülen diyabetik nefropati, artan arteriyoler dirence ve glomerüler basınç ve hiperfiltrasyona bağlı

bulunmuştur. Albüminüri ile erektil disfonksiyon arasında güçlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Renin-anjiyotensin sistemindeki aktivasyon ile, pro-inflamatuar moleküller, endotelin-1 ve ürotensin II üretimi artmaktadır, bu da arteriyoler direnci daha da artırır ve nitrik oksit (NO) üretimi azalmaktadır. Bu nedenle, kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalarda erektil disfonksiyon (ED) yaygındır [63]. ED ile diyabetik nefropati arasındaki ilişkide endotel ve vasküler hasarın yanı sıra, KBH'nin ileri evrelerinde başka mekanizmaların da da rol oynadığı bulunmuştur [64,65]. Üremik durumun periferik nöropati ve hipotalamik-hipofiz-gonadal eksen bozukluğu ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir [66]. Kronik böbrek hastalığı (KBH) düşük yaşam kalitesi ve diğer uç-organ hasarları açısından yüksek risk altında olan bireyleri belirlemede faydalı bulunmuştur. Erkeklerde yapılan bir çalışmada albüminüri varlığı, cinsel işlev bozukluğu gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Çünkü albuminüri varlığı, endotel disfonksiyonun göstergesidir [67]. Tip 2 diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu değerlendirildiği bir çalışmada mikroalbuminürisi bulunan hastaların %39'unda, makroalbuminürisi olanların ise %16.9'unda cinsel işlev bozukluğu olduğu görülmüştür Aynı çalışmada cinsel işlev bozukluğunun diyabetin yaygın komplikasyonları arasında olduğu ve özellikle nefropati ya da retinopatili hastaların cinsel işlev bozukluğu açısından yakından takip edilmeleri gerektiği vurgulanmıştır [62].

Diyabetli hastaların dikkatli yönetimi, kan şekeri düzeyi ve kan basıncının kontrol edilmesinin yanı sıra renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin bloke edilmesini sağlamaktadır. Diyabetli hastalarda KBH'yi önlemek ve yönetmek, diyabetin genel yönetiminin temel amaçlarındandır [68].

2.5.2.2.3. Nöropati:Diyabete bağlı hem periferik duyu ve motor hem otonom nöropati gelişebilir. Bu nedenle oldukça heterojen bir klinik tablo oluşturur. Diyabetik nöropati prevalansı çalışmalarda %10-90 arasında değişmektedir [1]. Diyabetik nöropatinin patogeneğinde, hiperglisemi etkisiyle myelin proteinleri ve poliol yolu aktivitesi değişmesi, nonenzimatik glikolizasyon artışı mekanizması bulunmaktadır.

Diyabet, periferik nöropatinin değişik tiplerine neden olabilmekle birlikte en sık polinöropatiye neden olur. En sık görülen belirtiler ayaklarda uyuşma, yanma, karıncalanma, ağrı ve güçsüzlüktür. Nöropati, aynı zamanda diyabetik ayak gelişimi için de önemli bir risk faktörüdür.

Diyabet, otonom sinir sistemini de etkiler. Vücuttaki tüm sistemler otonom nöropatiden etkilenebilir ve klinikte kardiyovasküler, gastrointestinal ve genitoüriner sistem tutulumları ile ilgili sorunlara neden olur.

Periferik nöropati, penisten refleksojenik erektile giden duyuusal impulsların ve pelvik taban kaslarına giden motor impulsların bozulmasından sorumlu tutulmuştur, bu da kavernoöz kasların kasılma kuvvetinde azalmaya yol açar. Ayrıca, periferik nöropati, böbrek yetmezliği olan üremik hastalarda daha belirgindir. Öte yandan otonom nöropati, korpus kavernosanın gevşemesi için gerekli olan parasempatik aktivitenin azalması veya yokluğu ile olarak tanımlanmıştır [69]. Ayrıca otonomik parasempatik sinirler NO üretimi ile ilişkili bulunmuştur. Kavernoöz sinirin nöronal bütünlüğü bu nedenle penil ereksiyon için çok önemlidir, çünkü salgılanan NO, erektile mekanizmayı başlatmaktan sorumlu bulunmuştur [63].

Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, pyelonefrit, inkontinans veya mesanede dolgunluk hissi otonomik nöropati ile ilişkilidir. Cinsel organlarda uyuşma, ağrı veya his kaybı da oluşabilir. Erkek diyabetik hastalar libido, erektile disfonksiyon ve retrograd ejakülasyon yönünden sorgulanmalıdır. Prevalansı %40'a ulaşan erektile disfonksiyon ile kardiyak otonom nöropati ve diğer diyabet komplikasyonlarının gelişimi arasında ilişki bulunmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu kadın diyabetlilerde de sıklıkla görülür ve cinsel istek azalması, cinsel ilişki sırasında artan ağrı ve cinsel uyarılmada azalma ile ortaya çıkar [15].

Ayrıca nöropati orgazmı inhibe edebilir veya cinsel uyarımı hissetmeyi zorlaştırabilir. Bu yan etkiler cinselliği ağırlı veya keyifsiz hale getirebilir. Diyabetik hastalardaki erektile disfonksiyonda major rolü oynayan patofizyolojik olay penil otonom nöropatidir [70].

Kardiyovasküler otonom nöropati karşımıza en sık egzersiz intoleransı, ortostatik hipotansiyon, istirahat taşikardisi ve sessiz miyokard infarktüsü / aritmi olarak çıkmaktadır. Erektile disfonksiyon ve kardiyak otonom nöropati ilişkisi klinikte göz önünde bulundurulmalıdır.

Günümüzde diyabetik nöropati için etkili bir tedavi yoktur ve yalnızca iyi glisemik kontrol diyabetli hastalarda nöropatinin oluşma riskini minimize eder [71].

2.5.2.2.4. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Cinsel işlev bozukluğu diyabetin sebep olduğu komplikasyonlardan biridir ve hem erkekte hem de kadında seksüel disfonksiyonla ilişkilidir. Özellikle diyabetin süresi, tıbbi tedavisi, yaş ve glisemik kontrolü cinsel işlev bozukluğu ile yakından ilişkilidir [72]. Hem tip 1 hem

de tip 2 diyabette benzer sorunlar görülebilir. Hiperglisemi, enfeksiyonlar, vasküler/nörolojik hasarlar ve hormonal bozukluklar cinsel disfonksiyonun nedenleri arasında sayılmaktadır.

Diyabetik kadınlarda cinsel disfonksiyonlar cinsel istek azalması, ağrı, lubrikasyon kaybı ve orgazm bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır [73]. Hipergliseminin vajinal dokuda mukus zarının hidrasyonunu azaltarak zayıf vajinal ıslanma ve disparoni ile sonuçlandığı varsayılmıştır [74]. Ayrıca, hiperglisemi, artan genitoüriner enfeksiyon insidansı ile ilişkisi nedeniyle potansiyel olarak disparoniye yol açabilir [75]. Diyabete bağlı vasküler değişiklikler, uyarılma sırasında lokal kan akışını, klitoris uyarılmasını ve vajinal kayganlığı inhibe edebilir, bu da cinsel aktivite sırasında disparoni veya azalmış uyarılma ile sonuçlanabilir. Uyarılma bozuklukları, orgazm ve cinsel ağrı diyabetik nöropatinin ana sonuçlarıdır [77]. Diyabetik komplikasyonlara bağlı yaşam kalitesinin düşmesi nedeniyle cinsel performansta azalma olabilir. Buna bağlı olarak depresyon ve diyabetin birbiriyle ilişkili olabileceği bilinmektedir. Bu durum kadınlarda cinsel disfonksiyonun en önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir [77].

Diyabetin hem mikrovasküler hem de makrovasküler komplikasyonları erektil disfonksiyon riskini artırır. Patogenezi multifaktöryeldir ve vaskülopati, nöropati, miyopatik hasar, visseral yağlanma, insülin direnci ve hipogonadizm üzerinde durulmaktadır. Diyabetes mellitus hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite ve otonomik nöropatiyle karakterizedir ve bu hastalıklar erektil disfonksiyon için birer risk faktörü olarak tanımlanmıştır [78]. Erkeklerde hipergliseminin erektil disfonksiyon gelişiminde önemli olup olmadığı kesinlik kazanmamıştır. Bazı çalışmalar ile kötü glisemik kontrol ve yüksek HbA1C düzeyleri arasında ilişki gösterilmiştir [79,80]. Bu sebeple diyabette tedaviye uyumun ve iyi glisemik kontrolün cinsel fonksiyonlara etkisinden söz edebiliriz. Erkeklerde diyabetin neden olduğu diğer üreme komplikasyonları arasında ejakülatuar disfonksiyon, hipogonadizm, bozulmuş semen analizi ve gecikmiş puberte de yer alır [81].

2.6. Diyabet ve Cinsel Yaşam

Diyabetes mellitus, makrovasküler (kardiyo-vasküler sistem) ve mikrovasküler (retinopati, nefropati ve nöropati gibi) komplikasyonlarla ilişkilidir. Diyabetin ürolojik komplikasyonları hem endotelyal ve hem nöronal hasara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Basitçe bu komplikasyonlar alt üriner sistem disfonksiyonu, seksüel disfonksiyon ve üriner sistem enfeksiyonları olarak sınıflandırılabilir. Diyabet hem erkekte hem de kadında seksüel disfonksiyonla ilişkilidir.

Tıbbın en eski çağlarından beri diyabetin erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluğu yaptığı bildirilmiştir. Bununla ilgili ilk açıklamalar 10. Yüzyılda İbni Sina tarafından yapılan bildirilerde yayınlanmıştır. Kadınlarda ise diyabetin sebep olduğu cinsel fonksiyon bozuklukları çok ilgi görmemiş ve bu konunun kadınlar üzerindeki etkisi uzun yıllar netlik kazanmamıştır. Diyabet tanılı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun diyabet olmayanlara kıyasla iki kat fazla olduğu ve diyabetin kadınlarda da erkekler gibi cinsel fonksiyon bozukluğu açısından önemli bir risk faktörü olduğu son yıllarda yapılan yayınlarda vurgulanmıştır [82].

Hastaların cinsel fonksiyonu ve disfonksiyonunu değerlendirmek hem hasta hem de hekim için zor olabilmektedir. Cinsel fonksiyonları değerlendirmek için bir çok anket bulunmaktadır, ancak rutin pratikte bu soruların sorulabilmesi ve hastalar tarafından net, samimi cevaplar alınabilmesi kişisel tabular, dini inanışlar, alay edilme ve aşağılanmayla ilgili korkular, gizlilik sorunları, doktor açısından zamanın kısıtlı olması ve kadınların seksüel fonksiyonları hakkında sınırlı deneyimin olması gibi çeşitli faktörler nedeniyle kolay olmamaktadır. Erkeklerin cinsellikle sorunlarında hekime başvurma oranı geçmişten günümüze artmış olsa da, kadınlarda bu konuların farkındalığı ve konuşabilirliği görece daha düşüktür. Tüm bu nedenlerle hastaların takibi sırasında cinsellik konusu ile ilgili yapılan değerlendirmeler daha geri planda kalmıştır.

Bu hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğunun nedeni psikojenik ve organik ayrımını iyi yapmak gerekmektedir. DM’li bir hastanın seksüel disfonksiyona sahip olup olmadığı, uygun bir tedavi için hastanın psikososyal durumu, seksüel ve medikal hikayesi, komorbiditeleri ve hastalık durumu, aldığı ilaçlar ve hastanın ruhsal durumu hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. DM’li hastalarda zayıf diyabetik kontrol ya da diyabetik komplikasyonların varlığı depresyona neden olabilmekte, minor depresif bir atağın varlığı bile cinsel arzu ve isteği etkileyebilmektedir. Kadın seksüel fonksiyon indeksi (FSFI), kısa seksüel fonksiyon indeksi (BISF-W), Derogatis Interview for Sexual Function (DISF/DISF – SR), kadın seksüel distress skalası (FSDS), erkeklerde uluslararası erektil işlev indeksi (IIEF) gibi valide edilmiş sorgulama formlarıyla bu konuda uzman sağlık çalışanları tarafından kadın cinsel fonksiyonu ve disfonksiyonu hakkında bilgi edinilmelidir.

2.6.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğunu Etkileyen Faktörler

Cinsel fonksiyon bozukluğunu etkileyen faktörler kişinin yaşı, genel sağlık durumu, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, hormonal dengesi, psikoseksüel gelişimi, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, geçirilmiş hastalık ve ameliyatlar, kullanılan

ilaçlar, beden yapısındaki veya fonksiyonlarındaki değişiklikler ve bunların psikososyal yansımalarıdır. Laumann ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansının ek bir sağlık sorununun bulunması, üriner sistem semptomlarının varlığı, düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi, stres ve emosyonel faktörler ile arttığı gösterilmiştir [76]. Çayan ve arkadaşları da çalışmalarında kadınlarda düşük eğitim düzeyi, bir işte çalışmama, ek bir kronik hastalık bulunması, doğum sayısının fazlalığı, menopoz gibi faktörlerin cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır[83]. Obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon, kalp hastalıkları, sigara ve/veya alkol kullanımı ve menopoz cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilişkili en yaygın risk faktörleridir. Bacon ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada, beden kitle indeksi (BKİ) ile erektil disfonksiyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır [84]. Çayan ve arkadaşları cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının yaşla birlikte artış gösterdiğini, 18-27 yaş arası kadınlarda %21.7; 28-37 yaş arası kadınlarda %25.5; 38-47 yaş arası kadınlarda %53.5; 48-57 yaş arası kadınlarda %65.9 ve 58-67 yaş arası kadınlarda %92.9 oranında görüldüğünü belirlemişlerdir [83].

Yapılan çalışmalarda artan diyabet süresi, artan erektil disfonksiyon riski ile pozitif ilişkili bulunmuştur [85]. Sağlıkla ilgili yaşam tarzı faktörleri ve cinsel işlev bozukluğunun incelendiği bir meta-analiz çalışması da 2018’de Allen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaya göre sağlıkla ilgili yaşam tarzı faktörleri cinsel işlev bozukluğu oluşmasında etkilidir. Sigara içme (geçmiş ve şimdiki), alkol alımı ve fiziksel aktivitenin erektil disfonksiyon ile doza bağımlı ilişkileri gösterilmiştir. Erektil disfonksiyon riskinin, daha fazla sigara içilmesiyle arttığını göstermişlerdir. Alkolün eğrisel bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir, şöyle ki ılımlı alım daha düşük erektil disfonksiyon riski ile ilişkilendirilmiştir [86]. Sigara içmenin kadın cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkilerini inceleyen sistematik bir inceleme ve meta-analiz de 2022de yayımlanmıştır. Bu çalışmaya göre 18-79 yaş arası sigara içen kadınların sigara içmeyenlere göre cinsel disfonksiyonun %48 daha fazla görüldüğü gösterilmiştir [87].

Sigara içenlerde cinsel işlev bozukluğunu açıklayan çeşitli patofizyolojik mekanizmalar öne sürülmüştür. En sık mekanizmalar vasküler endotelin bozulması, arteriyoskleroz gelişimi, yüksek reaktif oksijen türleri seviyeleri, endotel hücrelerinden nitrik oksit sentezinin azalması, hormonal bozukluklar ve nöronal dengenin bozulmasıdır. Ayrıca sigarada bulunan nikotinin endotel kaynaklı gevşetici faktör gibi vazoaaktif maddelerin üretimini potansiyel olarak engelleyebileceği de yapılan bir çalışmada bildirilmiştir [88]. Sigaradaki nikotinin kadın cinsel performansı üzerindeki kesin patolojik mekanizmaları

henüz çok net olmamakla birlikte, bir çalışmada damar hasarıyla birlikte yetersiz vajinal kayganlığa ve orgazmda gecikmeye neden olduğu bildirilmiştir [89]. Başka bir çalışmada da nikotinin, cinsel hormonlar (androjenler ve östrojenler) üzerinde de patolojik etkileri olduğu ve klitorisin kan akışını azalttığı, böylece cinsel semptomlar ve iktidarsızlık oluşabileceği gösterilmiştir. Sonuç olarak, orgazm gecikmesi, az sayıda cinsel ilişki ve düşük cinsel doyumsuzlukla ilişkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir [90].

Cinsellik ve alkol ilişkisi ise daha tartışmalıdır. Bu tartışmanın esas nedeni, alkolün afrodizyak etkisi olduğunun düşünülmesi ve cinsel uyarıcı olarak kullanımıdır. Alkolün doğrudan afrodizyak bir etkisi olmamakta ancak sosyal anksiyeteyi azaltmasından dolayı göreceli bir etkisinden çalışmalarda söz edilmektedir.

Yüksek dozda alkolün özellikle erkeklerde sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Bu sorunlardan en sık görülenler sertleşme kusurları, cinsel istekte azalma ve erken boşalmadır. Bazı çalışmalarda da, kadınların erkeklere göre daha fazla cinsel baskı ve engellenme ile karşılaşmalarından dolayı, az miktarda alkolün subjektif olarak cinsel isteği, uyarılmayı ve alınan zevki kadınlarda arttırabileceği bahsedilmiştir.

Kronik alkolizmin cinselliği olumsuz etkilediği üzerinde ise pek çok çalışma mevcuttur. Alkolik nöropati, karaciğer ve hormonal etkiler cinsel bozuklukta rol oynamaktadır. Kronik alkolizmin erkeklerde plazma testosteron seviyelerinde düşme, östrojende yükselme, kadınlarda cinsel fonksiyonlarda bozulmaya sebep olduğu düşünülmüştür.

Kadın ya da erkek tüm diyabetli hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu, psikojenik, nörojenik ve vaskülojenik faktörleri içeren multifaktöryel bir etiyolojiye sahiptir [70].

2.6.2. Diyabetli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Patofizyolojisi

Diyabetik olan ve olmayan kadınların karşılaştırıldığı birçok çalışmada, diyabetik kadınlarda seksüel disfonksiyon prevalansı yüksek bulunsa da kadınlar arasında, diyabet ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki hala karmaşık mekanizmalara dayandırılmaktadır.

Diyabet kaynaklı damar ve sinir fonksiyon bozuklukları kadın genital organlarında yapısal ve fonksiyonel değişiklikler oluşturarak cinsel yanıtı bozabilir. Değişik hayvan çalışmalarında diyabetin cinsel istek ve orgazm duyusunu azalttığı [91], vajina kas tabakası ve epitel kalınlığını azalttığı ve kan akımını azaltarak vajinal fibroze neden olduğu gösterilmiştir [92]. Hormonal dengesizliklerin sonucunda da diyabetik kadınlarda cinsel disfonksiyon olabileceği öne sürülmüştür. Bazı çalışmalarda androjen, östrojen ve seks hormonu bağlayan globülin hormonlarındaki dengesizlik gösterilmiştir [93]. Ayrıca tiroid hastalıkları, hipotalamik- pitüter bozukluklar ve polikistik over sendromu gibi diyabetle ilişkili endokrin bozukluklar kadın cinsel disfonksiyonuna neden olmaktadır [94].

Diyabetik kadınlarda cinsel disfonksiyonun tedavi alternatifleri olarak risk faktörlerinin azaltılması (kilo kontrolü, uygun diyet ve düzenli egzersiz), psikoterapiler ve postmenapozal kadınlarda hormon replasman tedavileri önerilmektedir.

2.6.3. Diyabetli Erkeklerde Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Patofizyolojisi

Diyabetes mellitus, erkeklerde seksüel disfonksiyon için kabul edilmiş bir risk faktörüdür ve yapılan çalışmalarda, diyabetik olmayan erkeklerle karşılaştırıldığında diyabetik erkeklerde erektil disfonksiyon (ED) riskinin 3 kat arttığı gösterilmiştir [95]. Anjiyopatik, nöropatik ve miyopatik hasara sekonder oluşan erektil disfonksiyon, erkeklerde diyabetin önde gelen bir komplikasyonudur. Diyabetin neden olduğu diğer üreme komplikasyonları arasında ejakülasyon bozukluğu, hipogonadizm, değişmiş semen parametreleri ve gecikmiş puberte yer almaktadır [96].

ED için risk faktörleri olan hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite ve otonomik nöropati diyabette karşımıza çıkmaktadır. Diyabetin hem mikrovasküler hem de makrovasküler komplikasyonları ED riskini artırır. Diyabete bağlı ED'nin patogenezi multifaktöryeldir ve vaskülopati, nöropati, visseral yağlanma, insülin direnci ve hipogonadizm üzerinde durulmaktadır.

Diyabetik vaskülopatiden makroanjiyopati, mikroanjiyopati ve endotelyal disfonksiyon sorumludur. Makrovasküler hastalığa bağlı olarak damarlarda aterosklerotik değişiklikler meydana gelir ve penisin kan akımını bozarak vasküler ED oluşumuna neden olur [81]. Endotelyal disfonksiyonun olası nedenleri arasında ileri glikolizasyon son ürünlerinin birikmesi, NO düzeyinin azalması, serbest oksijen radikallerinin birikmesi ve vazokonstriktif ve vazodilatatör hücre içi yolların dengesinin vazokonstrüksiyon lehine bozulmasıdır [97,98]. Tip 2 diyabetin ayırt edici özelliklerinden olan insülin direnci ve visseral yağlanma NO seviyesinin düşmesine neden olur ve obez ve diyabetik hastalarda ED'ye neden olur (48). Diyabetin şiddeti ve süresi de erkeklerde corpus cavernosada nitrik oksitle ilişkili mekanizmalarda anormalliklerle ilişkili olup, erektil disfonksiyonun gelişimi ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır [99].

Hipergliseminin ise ED gelişiminde önemli olup olmadığı kesinlik kazanmamıştır. Bazı çalışmalara göre, kötü glisemik kontrol ve yüksek HbA1C düzeyi ile ED arasında ilişki gösterilse de bazı çalışmalarda bu ilişki kanıtlanamamıştır [100]. Bu çelişkiyi gidermek için yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Diyabetik ED'nin tedavisinde çiftlerle tedavisinde, çiftlerin endişeleri ve tedaviden beklentileri dikkate alınmalıdır. Genel olarak ilk basamak tedavide oral ajanlar kullanılır.

Oral tedavinin başarısızlığında intrakavernozal enjeksiyonlar ve son aşamada penil protezler alternatif olarak kullanılır. Oral tedavide fosfodiesteraz 5 inhibitörleri (PDE5i) olan sildenafil, tadalafil, vardenafil ve udenafil kullanılmaktadır.

2.6.4. Cinsel İşlev Bozukluklarında Aile Hekimliği Yaklaşımı

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı “cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, zihinsel ve cinsel iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu geniş tanım da, hasta merkezli olan birinci basamak sağlık hizmeti modeline uymaktadır [101].

Cinsel işlev bozukluğu, biyolojik, psikolojik ve kişiler arası belirleyicileri olan, çok boyutlu ve çok sebepli bir problemdir. DM, hastanın yaşamını etkilemekte, toplumsal ve ruhsal uyum sorunlarına yol açmakta, depresyon ve anksiyeteye neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [102]. Yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır. Kapsamlı tıbbi bakım, biyopsikososyal bakım modelini içermelidir ve sağlığın tüm yönlerini kapsamalıdır. Ancak hastanın veya hekimin endişesi/rahatsızlığı nedeniyle cinsel sağlık konuları gözden kaçabilir veya bunlar hakkında konuşmaktan kaçınılabilir. Cinsel sağlığın fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden değerlendirmesini gereken kapsamlı cinsel sağlık muayenesi, birinci basamak hekim muayenelerinde sıklıkla göz ardı edilir [7]. Oysa pek çok insanın başvurduğu, tekrarlayan görüşmelerin yapılabildiği birinci basamak, hekimlere cinsel öyküyü almak için olanak sağlamaktadır. Cinsel sağlık ile ilgili hasta hekim iletişiminin çoğu, doğum kontrolü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar veya hasta tarafından dile getirilen belirli bir endişeye değinmekle sınırlı kalmaktadır. Cinsellikle ilgili bu sosyokültürel tabular, cinsel yolla bulaşan hastalıkların da gizli salgınına neden olmaktadır.

Cinsel sorunlar, yaştan bağımsız olarak hem yaşam kalitesi hem de duygusal durum üzerinde net bir olumsuz etkiye sahiptir. Aynı zamanda koroner kalp hastalığı gibi diğer tıbbi durumların da erken saptanmasına olanak tanıyabilir [103].

Yurtdışında yapılan bir çalışmada hastaların cinsel kaygıları olup olmadığını, endişelerini dile getirme tercihlerini ve endişelerini ele almanın önündeki engelleri/kolaylaştırıcıları araştırılmıştır.

Ülkemiz gibi nüfusunun çoğunluğu Müslüman ülkelerdeki kültürel geleneklerle ilgili olarak, cinsellik sosyal damgalama ile çevrilidir ve bu da cinselliğe karşı oldukça muhafazakar bir tutuma yol açabilir. Buna bağlı olarak hastaların cinsel sorunlarını açıkça tartışma konusunda daha isteksiz olmaları görülebilir [104].

Hekimler açısından bakacak olursak, Hollanda’da genel pratisyen hekimlerin katılımcı olduğu bir anket çalışmasında Hollandalı pratisyen hekimlerin, esas olarak zaman yetersizliğinden (%51,7), bir kısmı da dil veya etnik kökenlerle ilgili (%43,1) sorunlardan dolayı, kronik hastalığı olan hastalarla rutin olarak cinsel sağlık hakkında konuşmadıkları gösterilmiştir [105].

Yine Almanya’da birinci basamakta yapılan bir çalışmada, hekimlerin çoğunlukla aşırı iş yükü, zaman eksikliği ve utanma ve hastaları kırma korkusu gibi iç engeller nedeniyle rutin olarak cinsel sorunları kendi başlarına ele almadıkları gösterilmiş olup, cinsel sorunların ağırlıklı olarak hastalar tarafından dile getirildiği bulunmuştur [103].

Özetle, diyabetik hastalarda cinsel işlevin mümkün olduğunca erken değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin rutin diyabet bakımının bir parçası olarak dahil edilmesi gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, kesitsel analitik çalışma şeklinde planlanmıştır. Çalışmanın evreni Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı 18-75 yaş arasındaki tip 1 ve tip 2 diyabetes mellitus tanılı bireylerden oluşmaktadır.

Örneklem sayısı evreni bilinen örneklem hesabına göre (evrendeki kişi sayısı N: 750), %95 güven düzeyi, %5 hata payı, prevalans %30 için en az 324 kişi olarak hesaplanmıştır.

Katılımcılar 18-75 yaş aralığındaki DM hastaları arasından sistematik rastgele örneklem seçimi yöntemi ile belirlenerek çalışmaya davet edilmişlerdir. Daveti kabul edenler içerisinde gelenler ile yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Daveti kabul etmeyenler yerine bir sıralamadaki bir sonraki birey davet edilmiştir.

3.2. Dahil Edilme Kriterleri:

Dahil edilme kriterleri arasında; kayıtlarında ICD-10 tanı kriterlerine göre diyabetes mellitus ve/ya alt kırılımları olması, çalışmaya katılmayı kabul etmesi, 18-75 yaş aralığında olması, cinsel aktif olması bulunmaktadır.

3.3. Dışlama Kriterleri:

İletişim problemi olanlar, çalışmaya katılmayı engelleyecek fiziksel veya zihinsel engeli olanlar ve DM dışında cinsel fonksiyon bozukluğu yapabilecek bilinen başka bir hastalığı olanlar ya da DM öncesinden cinsel işlev bozukluğu tanısı almış olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcıların cinsel olarak aktif olup olmadığı sorularak, cinsel aktif olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile anket sorularının uygulanması ile şubat- mart 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne diyabetes mellitus tanılı davet edilen hastalardan veri toplanmıştır. Anketin uygulanması, eksik verileri önlemek amacıyla araştırmacı tarafından yapılmıştır. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ayrı olduğu için kadınlara kadın versiyonu olan, erkeklere de erkek versiyonunu içeren anket formu kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu, üç anketten oluşmaktadır.

1. Araştırmacı tarafından hazırlanan ve sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu
2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (kadın ve erkek formu) (SQoL-Female ve SQoL-Male)
3. Araştırmacı tarafından hastaların cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili görüşmelerde hekimlerinden beklenti/deneyimlerini değerlendirmeyi hedefleyen literatüre dayalı hazırlanan soru formu

1. Sosyo-demografik Özellikler

Tüm katılımcılar sosyo-demografik veriler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sigara / alkol kullanımı) ve ayrıca diyabet süresi, diyabetik komplikasyonların varlığı, kullandıkları anti diyabetik tedaviler ve daha önce diyabet hastalığı harici başka bir hastalığa bağlı cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı alıp almadığı açısından sorgulandı. Daha önce diyabet harici başka bir hastalığa bağlı cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı almış olması dışlama kriterlerinden olup, bu kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

Cinsel yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Symonds ve arkadaşları tarafından 2005'te hazırlanan ölçeğin iki şekli bulunmaktadır. Kadın ve erkek için ayrı geliştirilmiş olan iki ölçek araştırmamızda kullanılmıştır.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Versiyonu (SQoL-F): Symonds ve arkadaşları [106] tarafından 2005'te hazırlanan ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Tuğut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmıştır [107].

Ölçek bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve altılı likert tipinde olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Ölçeğin orijinalinde her bir maddenin 1-6, yada 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Diğer taraftan 0-5 puanlama sisteminde ise puan aralığı 0-90 olmaktadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam

puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (ölçekten alınan ham puan -18) x100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; $(63-18) \times 100 / 90 = 50$ olmaktadır. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. CYKÖ-K Türkçe versiyonunun Cronbach's alpha değeri güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur [107].

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek Versiyonu (SQoL-M): Abraham, Symonds ve arkadaşları [108] tarafından 2008' de hazırlanan bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç, Taştan ve arkadaşları tarafından 2018'de yapılmıştır [109].

SQoL-M anketinin Türkçe uyarlaması için Cronbach's alpha değeri 0.91 bulunmuş olup düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonları 0.432 ile 0.819 arasında değişmektedir. Her iki katılımcı grubunun ölçek puanlarını karşılaştırmak için hesaplanan test-tekrar test korelasyonu 0,83' olarak bulunmuştur ($P < 0,001$). Ayrıca SQoL-M anketinin Türkçe versiyonu ile Arizona Cinsel Deneyim ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. SQoL-M anketi altılı likert tipinde olup, 11 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan ise 66'dır. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Puan arttıkça, yaşam kaliteside artmaktadır. Diğer ölçeklerle karşılaştırmalar yapabilmek için 100'e dönüştürülmek istenirse ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (ölçekten alınan ham puan-11)x100/55 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir [106, 108].

3. Hasta Bakış Açısı-Engeller/Beklenti/Deneyim Anketi Değerlendirme Soruları

Diyabet hastalarının cinsel fonksiyon bozukluklarına yönelik aldıkları sağlık hizmetideneyimleri ile beklentilerinin değerlendirilmesi amacı ile, literatür taramalarına dayanarak hazırlanan anket 3 bölümden oluşmaktadır. İlk iki bölümde beşli likert tipinde hazırlanan soruların yanıtları puan olarak toplanarak toplam puanlar elde edilmiştir. İlk bölüm hastaların cinsel sağlıklarını konuşma hakkında nasıl düşündüğünü, hissettiğini, bakış açılarını değerlendirmeye yönelik 5'li likert tipinde 10 soru içermektedir. Bu bölümden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 50'dir. İkinci bölüm hastaların cinsel sağlıklarının tartışılması konusunda hekimlerden beklentilerini değerlendirmeye yönelik olup, 5 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümden ise alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 25'tir. Anketin birinci ve ikinci bölümünde kullanılan

likert ölçeği 1 (tamamen katılıyorum), 2 (kısmen katılıyorum), 3 (kararsızım), 4 (kısmen katılmıyorum), 5 (hiç katılmıyorum) şeklindedir. Toplam puan arttıkça hastalar hekimleriyle cinsel sağlıkları hakkında konuşma konusunda rahatsız olmayacağını ve kendilerine cinsel sağlık sorularının sorulmasını tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Son (üçüncü) bölüm ise, hastaların daha önce hekimlerden cinsel sağlıkları hakkında bilgi alıp almadığını, aldıysa deneyimlerini değerlendirmeyi amaçlayan 5 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular çoktan seçmeli şekilde hazırlanmıştır. Her soru ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır.

3.6. İstatiksel Analiz

Çalışmamızda, ölçek sonucuna göre belirlenen cinsel yaşam kalitesi bağımlı değişken olarak tanımlandı. Cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, sigara ve alkol kullanımı, diyabet hastalığının süresi, diyabet hastalığı için kullandığı tedavinin türü, diyabet hastalığına bağlı sahip olduğu komplikasyonlar bağımsız değişkenler olarak belirlendi. Ayrıca beklenti ve deneyimlere ait yanıtların toplam puanı hesaplanarak, yukarıdaki bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken olarak karşılaştırılmış, birbiri ve ölçek puanları ile de ilişkileri değerlendirilmiştir.

Araştırmanın analizinde IBM SPSS 26.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları kullanıldı. Sürekli ve kategorik sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Her ikisi de sürekli olan değişkenlerde korelasyon analizleri yapılmıştır. Kategorik bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen durumlarda bu testlerin non parametrik karşılıkları kullanılmıştır. CYKÖ ve bakış açısı anket puanının seçilmiş hasta özellikleri ile arasındaki ilişki lineer regresyon modelinde ENTER methodu kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda tüm analizlerde p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Alınan İzinler:

Çalışmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (Tarih:/sayı: EK 1) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği AD'den izin alınmıştır. Erkek Cinsel Yaşam Kalitesi'nin geçerlik ve güvenirliğini yapan Sayın Prof. Dr. Sevinç Taştan'dan e-posta ile izin alınmıştır. Çalışmanın amacı araştırmaya katılacak olan bireylere açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Analizler

4.1. 1. Sosyodemografik Verilerin Tanımlayıcı Analizleri

Araştırmaya katılan 326 kişinin 197'si kadın (%60,4), 129'u erkektir (%39,6). Katılımcıların 246'sı (%78,5) evli, 70'i (%21,5) bekar/boşanmış/eşi vefat etmiştir.

Eğitim durumlarına göre 8'i (%2,5) okuryazar değildir. 146'sı (%44,8) ortaokula kadar, 172'si (%52,8) ortaokul ve üstü eğitim durumuna sahiptir.

Gelir durumlarına göre sorgulandığında 106'sı (%32,5) geliri giderinden az, 143'ü (%43,9) geliri giderine denk, 77'si (%23,6) gelirinin giderinden fazla olduğu yanıtını vermiştir.

Sigara kullanım durumları sorgulandığında 170'i (%52,1) sigara kullanmadığını, 69'u (%21,2) eskiden kullanıp artık kullanmadığını, 87'si (%26,7) sigara kullanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların alkol kullanım durumları sorgulandığında 200'ü (%61,3) alkol kullanmadığı yanıtını vermiştir. Kadınlarda haftada 7 birim/erkeklerde haftada 14 birimden az alkol kullandığını belirten toplam 94 (%28,8) kişi, kadınlarda haftada 7 birim/erkeklerde haftada 14 birimden fazla alkol kullandığını belirten toplam 32 (%9,8) kişi olarak bulunmuştur. Katılımcıların demografik özellikleri ile bazı sağlık alışkanlıkları tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri ile bazı alışkanlıklarının dağılımı

		Sayı (n)	%
Cinsiyet	Kadın	197	60,4
	Erkek	129	39,6
Medeni Durum	Evli	246	78,5
	Bekar/Boşanmış/ Eşi vefat etmiş	70	21,5
Eğitim Seviyesi	Okur yazar değil	8	2,5
	8 yıl ve altında	146	44,8
	8 yıldan fazla	172	52,8
Gelir Seviyesi	Gelirim giderimden az	106	32,5
	Gelirim giderime denk	143	43,9
	Gelirim giderimden fazla	77	23,6
	Kullanmıyorum	170	52,1

Sigara Kullanımı	Kullanıyordum, bıraktım	69	21,2
	Kullanıyorum	87	26,7
Alkol Kullanımı	Kullanmıyorum	200	61,3
	Sosyal sınırlarda	94	28,8
	Fazla kullanım	32	9,8

Tüm katılımcıların yaş ortalaması 50,25'tir (min:22 maks:73). Kadınların yaş ortalaması 50,13 (min:22i max:71), erkeklerin yaş ortalaması ise 50,44'tür (min: 22, max: 73). Bulgular tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı

Ortalama Yaş		SS	Min	Max
Kadın	50,13	10,48	22	71
Erkek	50,44	10,76	25	73
Toplam	50,25	10,58	22	73

Araştırmaya katılanların diyabet hastalığı süresini sorgulamak amacıyla kendilerine kaç yıl önce diyabet hastalığı teşhisi koyulduğu sorgulanmıştır. 0-5 yıl içerisinde teşhis koyulanlar 136 kişi (%41,7), >5-10 yıl önce teşhis alanlar 86 kişi (%26,4), >10 yıldan uzun zaman önce DM teşhisi alanlar 104 kişi (%31,9) olarak bulunmuştur. Bulgular tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların diyabet hastalığı tanılı sürelerine göre dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Diyabet hastalığı tanı süresi	0-5 yıl içinde	136	41,7
	>5-10 yıl önce	86	26,4
	>10 yıldan uzun zaman önce	104	31,9
	Toplam	326	100

Araştırmaya katılanların diyabet tedavisi için devam etmekte oldukları tedavi türü sorgulanmıştır. Diyabetik diyet uygulama, oral antidiyabetik ilaç kullanmak, insülin kullanımı ve hiçbir tedavi uygulamama şeklinde seçeneklerle katılımcıların tedavi durumu sorgulanmıştır ve katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmişlerdir. Katılımcıların

%45,1'i (n=147) sadece oral antidiyabetik ilaç kullandığını belirtmiş olup, bunu %19 (n=62) ile oral antiyabetik ilaç ve diyabetik diyet uygulayanlar takip etmektedir. Katılımcıların %4'ü (n=13) ise diyabete yönelik hiçbir tedavi uygulamadıklarını belirtmiştir. Bulgular tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların diyabet hastalığı için uygulamaya devam ettiği tedavi türü

Uyguladığı tedavi şekli	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiçbir tedavi uygulamıyorum	13	4,0
Sadece Diyet	20	6,1
Sadece OAD	147	45,1
Sadece İnsülin	33	10,1
Diyet+OAD	62	19,0
Diyet+insülin	12	3,7
Oad+insülin	21	6,4
Diyet+OAD+İnsülin	18	5,5

Araştırmaya katılanlar, diyabete bağlı oluşabilecek kronik hastalıklar açısından sorgulanmıştır. 177 kişi (%54,3) diyabete bağlı komplikasyon varlığını ifade ederken, 149 kişi (%45,7) komplikasyon varlığı bildirmemiştir. Katılımcıların 63'ü (%19,3) retinopati, 32'si (%9,8) nefropati, 59'u (%18,1) nöropati, 81'i (%24,8) kardiyovasküler hastalık, 14'ü (%4,3)ü diyabetik ayak yaraları varlığını bildirmiştir. 17'si (%5,2) diğer seçeneğini işaretlemiştir. Katılımcılar birden fazla komplikasyon türünü seçebilmişlerdir. Bulgular tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Tüm katılımcıların diyabetin kronik komplikasyonları açısından değerlendirmesi

Komplikasyon öyküsü		N (326)	Yüzde (%)
Retinopati	Var	63	19,3
	Yok	263	80,7
Nefropati	Var	32	9,8
	Yok	294	90,2
Nöropati	Var	59	18,1
	Yok	267	81,9
Kardiyovasküler hastalık	Var	81	24,8
	Yok	245	75,2
Diyabetik ayak	Var	14	4,3

	Yok	312	95,7
Diğer	Var	17	5,2
	Yok	309	94,8
*Katılımcılar birden fazla komplikasyon türünü işaretleyebilmişlerdir.			
Komplikasyon Varlığı	N (326)		Yüzde (%)
Var	177		54,3
Yok	149		45,7

Katılımcılara cinsiyetlerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın veya Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek versiyonu uygulanmıştır. Kadınların ölçekten aldığı ortalama puan 69,75 (min:5,56, max:100), erkeklerin ölçekten aldığı ortalama puan 72,31'dir (min:18,18, max:100). Tüm katılımcıların CYKÖ ortalama puanı $70,76 \pm 22,95$ bulunmuştur. Bulgular tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan değerleri

	N(%)	CYKÖ Ortalama puan	SS	Min	Max
Kadın	197(%60,4)	69,75	21,75	5,56	100
Erkek	129(%39,6)	72,31	24,67	18,18	100

4.1.2. Katılımcıların Bakış Açısı/Engeller Anketinin Tanımlayıcı Analizleri

Anketin ilk bölümünde, katılımcılara 10 sorudan oluşan, 5'li likert tipinde hazırladığımız sorular yöneltilmiştir. Bu bölümde 'Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmaktan utanabilirim', 'Artık cinsel sağlığıma konuşamayacak kadar yaşlıyım', 'Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmanın doktorumu utandırabileceğini düşünüyorum' gibi sorularla, hastaların cinsel sağlıklarını hekime danışma hakkında bakış açıları, cinsel sağlığı konuşma önündeki engeller değerlendirilmiştir. Puanlama 1 (tamamen katılıyorum), 2 (kısmen katılıyorum), 3 (kararsızım), 4 (kısmen katılmıyorum), 5 (hiç katılmıyorum) puan şeklinde yapılmıştır. Bu bölümden 10 sorudan alabilecekleri toplam puan minimum 10, maksimum 50 puandır. Puanın artması bakış açısı ve düşüncelerin olumlu yönde değişmesi anlamına gelmektedir. Anketin bu bölümünün cronbach's alpha değeri hesaplanmıştır ve güvenilirlik katsayısı tüm katılımcılar için 0,804, kadınlar için değerlendirildiğinde 0,782, erkekler için değerlendirildiğinde 0,824 olarak hesaplanmıştır.

Anketin bu bölümünde tüm katılımcıların ortalama puanı $39,62 \pm 7,65$ (min: 20, maks: 50), kadınların ortalama puanı $38,34 \pm 7,68$, erkeklerin ortalama puanı $41,63 \pm 7,23$ hesaplanmıştır. Bulgular tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Tüm katılımcıların bakış açılarının değerlendirildiği anket sorularının tanımlayıcı verileri

Bakış açısı anket soruları	5		4		3		2		1	
N=326	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1.Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmaktan utanabilirim.	112	34,4	48	14,7	42	12,9	76	23,3	48	14,7
2.Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmanın doktorumu utandırabileceğini düşünüyorum.	237	72,7	33	10,1	16	4,9	25	7,7	15	4,6
3.Cinsel yaşamım hakkındaki endişelerimi, doktorun ciddiye almayabileceğini düşünüyorum.	224	68,7	36	11,0	34	10,4	20	6,1	12	3,7
4.Hekimlerin, cinsel fonksiyon bozukluğu hakkında yeterli profesyonel yardım sunacak kadar mesleki veya yaşam tecrübesine sahip olduğunu düşünmüyorum.	174	53,4	63	19,3	50	15,3	27	8,3	12	3,7
5.Doktorum, cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında onunla konuşamayacağım kadar genç.	145	44,5	64	19,6	39	12,0	51	15,6	27	8,3
6.Artık cinsel sağlığımı	202	62,0	40	12,3	18	5,5	30	9,2	36	11,0

tartışamayacak kadar yaşıyım.											
7.Cinsel fonksiyon bozukluğu için etkili bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmediğim için konuşmak istemiyorum.	171	52,5	44	13,5	62	19,0	36	11,0	13	4,0	
8.Tedavinin çok pahalı olduğunu düşünüyorum.	125	38,3	34	10,4	106	32,5	20	6,1	41	12,6	
9.Tedavinin sağlığıma zarar vereceğini düşünüyorum.	177	54,3	45	13,8	78	23,9	21	6,4	5	1,5	
10.Cinsel problemlerimin zamanla kendi kendine düzeleceğini düşünüyorum.	163	50,0	61	18,7	47	14,4	45	13,8	10	3,1	

4.1.3. Katılımcıların Beklenti/Tercih Anketlerinin Tanımlayıcı Analizleri

Anketin ikinci bölümü 5 sorudan oluşmaktadır, yine 5’li likert tipinde hazırlanmıştır ve katılımcıların hekimler tarafından cinsel sağlıkla ilgili anamnez almalarına ilişkin beklentilerini değerlendirilmek amaçlanmıştır. Puanlama 1 (tamamen katılıyorum), 2 (kısmen katılıyorum), 3 (kararsızım), 4 (kısmen katılmıyorum), 5 (hiç katılmıyorum) puan şeklinde yapılmıştır. Toplam puan hesaplanırken 1, 4 ve 5. soru puanları ters kodlanarak hesaplanmıştır. Böylece, toplam puanın artması, hastaların cinsel sağlıkları hakkında hekimlerle konuşma beklentilerinin daha fazla olduğu/cinsel sağlıkları hakkında konuşmayı tercih ettiği anlamına gelmektedir. Bu bölümden 5 sorudan alabilecekleri toplam puan minimum 5, maksimum 10 puandır. Anketin bu bölümünden katılımcıların almış oldukları ortalama puan $19,19 \pm 4,36$ (min: 8, maks: 25) olarak hesaplanmıştır. Anketin bu bölümünün cronbach’s alpha değeri hesaplanmıştır. Tüm katılımcılar için cronbach’s alpha 0,687, kadınlar için değerlendirildiğinde 0,689, erkekler için değerlendirildiğinde 0,677 olarak hesaplanmıştır.

Bulgular tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların Beklenti/tercihlerinin değerlendirildiği anket sorularının tanımlayıcı verileri

Beklenti anket soruları	5		4		3		2		1	
N=326	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1.Hekimler başvuran tüm hastalara cinsel sağlıkları hakkında soru sormalı ve olası problemler hakkında bilgi vermelidir.	12	3,7	19	5,8	24	7,4	97	29,8	174	53,4
2.Hekimler sadece cinsel problemleri olan hastalarına bilgi vermelidir.	117	35,9	35	10,7	35	10,7	67	20,6	72	22,1
3.Hekimler sadece cinsel problemleri hakkında konuşmayı isteyen hastalarına bilgi vermelidir.	116	35,6	31	9,5	34	10,4	49	15,0	96	29,4
4.Hekimimin genel tıbbi öykü alırken, cinsel sağlığımı da içeren sorular sormasını tercih ederim.	18	5,5	22	6,7	54	16,6	76	23,3	156	47,9
5.Eğer cinsel sağlığım ile ilgili sorunum olsaydı, hekimimin bana bunu sormasını isterdim.	8	2,5	2	0,6	10	3,1	38	11,7	268	82,2

4.1.4. Katılımcıların Cinsel Sağlıkları Hakkında Almış Oldukları Sağlık Hizmetinine Yönelik Deneyimlerini Değerlendirme Anketinin Tanımlayıcı Verileri

Anketin son (üçüncü) bölümü, hastaların cinsel sağlıkları hakkında aldıkları sağlık hizmeti deneyimlerini değerlendirmeyi amaçlayan 5 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular çoktan seçmeli şekilde hazırlanmıştır. Her soru ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır.

Katılımcıların diyabet tanısı sonrası cinsel sağlığınızla ilgili bir problem yaşıyıp yaşamadıkları sorgulanmıştır. Katılımcıların %33,7'si (n=110) 'evet' yanıtını verirken; %66,3'ü (n=216) bu soruya 'hayır' yanıtı vermiştir. Bulgular tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: DM tanısı sonrası cinsel sağlık problemi yaşama durumu tanımlayıcı analizi

		N (326)	(%)
1.Diyabet tanısı sonrası, cinsel sağlığınızla ilgili bir problem yaşadınız mı?	Evet	110	33,7
	Hayır	216	66,3

Katılımcıların, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurusunda cinsel sağlığı hakkında problemi olup olmadığının sorgulanma durumu araştırılmıştır. Tüm katılımcıların %53,7'sinin 'hayır, hiç sorgulanmadı' yanıtı verdiği görülmüştür. Bulgular tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların cinsel sağlıklarının sorgulanma durumunun tanımlayıcı verileri

		N (326)	(%)
2.Herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurunuzda, hekiminiz cinsel sağlığınız hakkında probleminiz olup olmadığını sorguladı mı?	Hayır hiç sorgulanmadı	175	53,7
	Son 1 yıl içinde sorgulandı	74	22,7
	2-3 yıl içinde sorgulandı	34	10,4
	3-4 yıl içinde sorgulandı	27	8,3
	>5 yıl ve daha uzun zaman önce	16	4,9

Çalışmamızda, katılımcılara hangi branş hekiminin cinsel sağlıkları hakkında bilgilendirme yaptıkları sorulmuştur. Tüm katılımcıların %16,9'u (n=56) ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, %15,3'ü (n=51) ile üroloji uzmanı, %4,3'ü (n=14) aile hekimi yanıtını vermiştir. Bulgular tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Hekim branşlarına göre cinsel sağlık sorgulama durumları

		Toplam N	(%)
3.Hangi branş hekimi cinsel sağlığınız hakkında bilgilendirme yaptı?	Hayır hiç sorgulanmadı	175	53,7
	Aile hekimi	14	4,3
	Üroloji hekimi	51	15,6
	Kadın hastalıkları ve doğum hekimi	56	17,2
	Psikiyatri hekimi	10	3,1
	Dahiliye hekimi (endokrin hekimi dahil)	20	6,1

Katılımcılara, hekimlerinin cinsel sağlıklarını sorgulamasından rahatsız olup olmadığı sorulmuştur. Tüm katılımcıların %31,9'u "hayır, hiç rahatsız olmadım", %12,3'ü "evet, biraz", %2,1'i "evet, çok rahatsız oldum" yanıtını vermiştir. Bulgular tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12: Katılımcıların cinsel sağlıklarının sorgulanmasından rahatsız olma durumları

		Toplam N	(%)
4.Hekimlerinizin cinsel sağlığınızı sorgulamasından rahatsız oldunuz mu?	Hayır hiç sorgulanmadı	175	53,7
	Evet, çok	7	2,1
	Evet, biraz	40	12,3
	Hayır, hiç rahatsız olmadım	104	31,9

Katılımcılara hekimlerin, cinsel yaşamlarıyla ilgili sorunlarını çözmelerine yardımlarının olup olmadığı sorulmuştur. Tüm katılımcıların %30,4'ü (n=99) "evet, biraz", %12'si (n=39) "hayır, hiç", %4'ü (n=13) "evet, çok" yanıtını vermiştir. Bulgular tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13: Hekimlerin cinsel yaşam sorunlarınızın çözümüne yardımcı olabilme durumları

		Toplam N	(%)
5.Hekimlerinizin cinsel yaşam sorunlarınızın çözümüne yardımcı oldu mu?	Hayır hiç sorgulanmadı	175	53,7
	Evet, çok	13	4,0
	Evet, biraz	99	30,4
	Hayır, hiç	39	12,0

4.2. Karşılaştırmalı Analizler

4.2.1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı/Engeller, Tercih Ve Deneyimlerinin Karşılaştırması

Yapılan ANOVA ve t-testi analizlerinde cinsel yaşam kalitesine etkisi istatistiksel anlamlı çıkan sosyodemografik verilerden hangi parametrelerin en fazla katkı sağladığını bulmak için yapılan lineer regresyon analizinde ileri yaş (OR=-0,590 p=0,00) ve DM süresi (OR=-5,195 p=0,00) risk faktörü olarak bulunmuştur. Bulgular tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14: CYKÖ ve bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi

	Odds Oranı	%95 Güven	p
Yaş	-0,590	-0,820,-0,360	,000
Eğitim seviyesi	3,627	-1,018, 8,273	,125
Gelir düzeyi	1,937	-1,422, 5,296	,257
DM süresi	-5,195	-7,988,-2,402	,000

Yapılan ANOVA ve t-testi analizlerinde bakış açısı/engeller anket toplam puanına etkisi istatistiksel anlamlı çıkan sosyodemografik verilerden hangi parametrelerin en fazla katkı sağladığını bulmak için yapılan lineer regresyon analizinde ileri yaş (OR=-0,298, -0,153 p=0,00) risk faktörü olarak belirlenirken, cinsiyet (OR=1,153, 4,256p=0,01) ve eğitim seviyesi (OR=0,938, 4,002 p=0,00) koruyucu faktör olarak bulunmuştur. Bulgular tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15: Bakış açısı/engeller anket toplam puanı ve bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi

	Odds Oranı	%95 Güven	p
Cinsiyet	2,704	1,153, 4,256	,001
Yaş	-0,226	-0,298, -0,153	,000
Gelir düzeyi	0,798	-,0282,1,878	,147
Eğitim seviyesi	2,470	0,938, 4,002	,002

Yapılan ANOVA ve t-testi analizlerinde tercih anketi toplam puanına etkisi istatistiksel anlamlı çıkan sosyodemografik verilerden hangi parametrelerin en fazla katkı sağladığını bulmak için yapılan lineer regresyon analizinde cinsiyet (OR=0,989 p=0,45), eğitim

seviyesi (OR=1,335 p=0,00), ve DM süresi (OR=0,664 p=0,01) etkili olarak bulunmuştur. Bulgular tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Tercih anketi toplam puanı ve bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi

	Odds Oranı	%95 Güven	p
Cinsiyet	0,989	0,022, 1,956	,045
Eğitim seviyesi	1,335	0,471, 2,198	,003
DM süresi	0,664	0,120, 1,208	,017

Yapılan korelasyon analizi ile bakış açısı/engeller anket puanı ile CYKÖ toplam puanı arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Yapılan lineer regresyon analizi ile (OR=0,152 p=0,00) aralarındaki ilişki doğrulanmıştır. Bulgular aşağıdaki tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Bakış açısı/engeller anket toplam puanı ve CYKÖ puanının lineer regresyon analizi

	Odds Oranı	%95 Güven	p
CYKÖ toplam puanı	0,152	0,120, 0,185	0,00

4.2.1.1. Cinsiyet İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Puanı, Tercih Puanı Ve Deneyimleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

Ortalama CYKÖ puanı kadınlar için $69,7 \pm 21,7$, erkekler için $72,3 \pm 24,6$ olup, CYKÖ puanında cinsiyete göre istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bakış açısı ortalama puanı kadınlar için $38,3 \pm 7,6$, erkekler için $41,5 \pm 7,2$ olup, bakış açısı anket puanında cinsiyete göre istatistiksel anlamlı farklılık vardır, erkeklerin bakış açısı daha olumlu bulunmuştur (p=0,00). Tercih anketi ortalama puanı kadınlar için $18,6 \pm 4,4$, erkekler için $20,0 \pm 4,1$ olup, tercih anketi puanında cinsiyete göre istatistiksel anlamlı farklılık vardır (p=0,00) ve erkeklerin cinsel sağlıkları hakkında hekimlerle konuşma beklentisi/cinsel sağlıkları hakkında konuşmayı tercih ettiği anlamına gelmektedir. Bulgular tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18: Cinsiyete göre CYKÖ, bakış açısı ve tercih toplam puanı karşılaştırmalı verileri

		N	Cykö (SS)	p	B.açısı (SS)	p	Tercih (SS)	p
Cinsiyet	Kadın	197	69,7(21,7)	0,32	38,3(7,6)	0,00	18,6(4,4)	0,00
	Erkek	129	72,3(24,6)		41,5(7,2)		20,0(4,1)	

Katılımcıların cinsiyeti ile diyabet tanısı sonrası cinsel sağlık sorunu yaşama durumu arasındaki ilişki ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir ve istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,04$). Erkeklerde diyabet tanısı sonrası cinsel sağlık sorunu yaşama durumu (%40,3), kadınlardan (% 29,4) daha fazla bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyeti ile sağlıklarının sorgulanma durumu arasında arasındaki ilişki ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir ve istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,00$). Kadınların %37,6'sının ($n= 74$), erkeklerin %59,7'sinin ($n= 77$) daha önce cinsel sağlıklarının sorgulandığı ve kadınların erkeklere göre daha az sorgulanmış olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyeti ile cinsel sağlıklarını sorgulayan hekim branşı arasında arasındaki ilişki ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir ve istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,00$). Üroloji, kadın doğum, psikiyatri ve dahiliye yanıtını veren kadın ve erkekler arasında farklılık saptanmıştır. Kadınlar için kadın doğum (%75,7) ve psikiyatri hekimi (%10,8), erkekler için üroloji (%66,2) ve dahiliye (%23,4) hekimi önde gelmektedir.

Katılımcıların cinsiyeti ile cinsel problemlerinin sorgulanmasından rahatsız olma durumu arasında arasındaki ilişki ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir ve istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,73$). Bulgular tablo 19'da gösterilmiştir

Tablo 19: Cinsiyete ile deneyimlerinin karşılaştırmalı verileri

		Kadın N (%)	Erkek N (%)	p
Diyabet tanısı sonrasında cinsel sağlığınızla ilgili bir problem yaşadınız mı?	Evet	58 (29,4)	52 (40,3)	0,04
	Hayır	139 (70,6)	77 (59,7)	
Herhangi bir sağlık kuruluşu başvurunuzda, hekiminiz cinsel sağlığınız hakkında probleminiz olup	Hiç sorgulanmadı	123^a (62,4)	52^b (40,3)	0,00
	Sorguladı	74^a (37,6)	77^b (59,7)	

olmadığını sorguladı mı?				
Hangi branş hekimi cinsel sağlığınız hakkında bilgi verdi?	Aile hekimi	8 (10,8)	6 (7,8)	0,00
	Üroloji	0^a (0,0)	51^b (66,2)	
	Kadın doğum	56^a (75,7)	0^b (0,0)	
	Psikiyatri	8^a (10,8)	2^b (2,6)	
	Dahiliye (endokrin dahil)	2^a (2,7)	18^b (23,4)	
Hekim(ler)inizin cinsel problemlerinizi sorgulamasından rahatsız oldunuz mu?	Hayır, hiç olmadım	49 (25,4)	55 (42,6)	0,73
	Evet, biraz	21 (11,2)	18 (14,0)	
	Evet, çok	3 (1,0)	4(14,0)	

4.2.1.2. Yaş İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Puanı, Tercih Puanı Ve Deneyimleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

Yaş ile CYKÖ puanı arasında korelasyon analizine göre negatif korelasyon bulunmaktadır, yaş arttıkça CYKÖ puanı azalmaktadır ($r = -0,346$). Yaş ile bakış açısı toplam puanı arasındaki korelasyon analizine göre negatif korelasyon bulunmaktadır, yaş arttıkça bakış açısı puanı azalmaktadır ($r = -0,359$). Yaş ile **tercih toplam puanı** arasındaki korelasyon analizine göre ilişki yoktur ($p = 0,09$). Bulgular tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20: Katılımcıların Yaşının Cykö Ve Bakış Açısı Toplam Puanı İle Karşılaştırmalı Verileri

		Yaş	CYK toplam ölçek puanı	Bakış açısı toplam ölçek puanı
Yaş	Pearson Correlation	1	-,346**	-,359**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	326	326	326

Yaş ile DM tanısı sonrasında cinsel sağlık sorunu yaşama durumu arasındaki ilişki t-testi kullanılarak analiz edilmiştir ve istatistiksel anlamlı sonuç mevcuttur ($p = 0,00$). Yaş arttıkça cinsel sağlık sorunu yaşama arasında istatistiksel bir ilişki vardır.

Yaş ile cinsel sağlığının sorgulanmasından rahatsız olma durumu arasındaki ilişki ANOVA kullanılarak analiz edilmiştir ve istatistiksel anlamlı sonuç mevcuttur ($p = 0,00$). ‘Hiçbir

hekim sorgulamadı’ diyenlerin yaş ortalaması ‘hayır, hiç rahatsız olmadım’ diyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Bulgular tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: Katılımcılarının Yaşının Deneyimleri İle Karşılaştırmalı Verileri

		N	Yaş ort (SS)	p
Diyabet tanısı sonrasında cinsel sağlığınızla ilgili bir problem yaşadınız mı?	Evet	110	52,45 (8,5)	0,00
	Hayır	216	49,13 (11,3)	
Hekimlerinizin cinsel problemlerinizi sorgulamasından rahatsız oldunuz mu?	Hayır hiç	105	46,95 (10,5)	0,00
	evet biraz	40	51,87 (10,1)	
	evet çok	7	51,81 (6,6)	
	hiçbir hekim sorgulamadı	174	51,85 (10,4)	
	Total	326	50,25(10,5)	

4.2.1.3. Eğitim Düzeyi İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Puanı, Tercih Puanı Ve Deneyimleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

Ortalama CYKÖ puanı okur yazar olmayanlar için 51,6, eğitim düzeyi 8 yıl ve altındakiler için 67,8, 8 yıldan fazla olanlar için 74,1 olup, CYKÖ puanında eğitim düzeyine göre istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,00$). Post hoc analizler ile 8 yıldan fazla eğitilmişlerin diğer iki gruba göre daha yüksek CYKÖ puanına sahip olduğu görülmüştür.

Bakış açısı ortalama okur yazar olmayanlar için 35,5, eğitim düzeyi 8 yıl ve altındakiler için 37,1, 8 yıldan fazla olanlar için 41,9 olup, bakış açısı puanında eğitim düzeyine göre istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,00$). Post hoc analizler ile 8 yıldan fazla eğitilmişlerin diğer iki gruba göre daha yüksek bakış açısı puanına sahip olduğu görülmüştür.

Bakış açısı ortalama okur yazar olmayanlar için 13,2, eğitim düzeyi 8 yıl ve altındakiler için 18,8, 8 yıldan fazla olanlar için 19,7 olup, bakış açısı puanında eğitim düzeyine göre istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,00$). Post hoc analizler ile okuryazar olmayanların tercih puanı diğer 2 gruba göre istatistiksel anlamlı düşüktür ve cinsel sağlıkları hakkında hekimlerle konuşma beklentisi/cinsel sağlıkları hakkında konuşmayı daha az tercih ettiği anlamına gelmektedir. Bulgular tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Katılımcılarının eğitim düzeyi ile CYKÖ, Bakış açısı ve tercih toplam puanının karşılaştırmalı verileri

		N	Cykö (SS)	p	B.açısı(SS)	p	Tercih(SS)	p
Eğitim düzeyi	Okur yazar değil	8	51,6	0,00	35,5	0,00	13,2	0,00
	8 yıl ve altında	146	67,8		37,1		18,8	
	8 yıldan fazla	172	74,1		41,9		19,7	

Eğitim düzeyi ile cinsel problemlerinin sorgulanmasından rahatsız olma durumu arasındaki ilişki analiz edilmiştir ve istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,00$). Eğitim durumu ile ‘hayır hiç rahatsız olmadım’ ve ‘hiç sorgulanmadı’ diyenler arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bulgular tablo 23’te gösterilmiştir.

Tablo 23: Katılımcıların eğitim düzeyi ile deneyimlerinin karşılaştırmalı verileri

		Okur yazar değil N (%)	8 yıl ve altında N (%)	8 yıldan fazla N (%)	p
Hekimlerinizin, cinsel problemlerinizi sorgulamasından rahatsız oldunuz mu?	Hayır, hiç	0 ^{a,b} (0,0)	32 ^b (21,9)	73 ^a (42,4)	0,00
	Evet, biraz	2 ^a (25,0)	15 ^a (10,3)	23 ^a (13,4)	
	Evet, çok	0 ^a (0,0)	2 ^a (1,4)	5 ^a (2,9)	
	Hiç sorgulanmadı	6 ^{a,b} (75,0)	97 ^b (66,4)	71 ^a (41,3)	

4.2.1.4. Gelir Düzeyi İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Ve Tercih Puanı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

Ortalama CYKÖ puanı geliri giderinden az olanlar için $65,6 \pm 26,9$, geliri giderine denk olanlar için $72,5 \pm 20,2$, geliri giderinden fazla olanlar için $74,6 \pm 20,6$ olup, CYKÖ puanında gelir düzeyine göre istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,01$). İstatistiksel farklılığın, yapılan post hoc analizlerde ‘gelirim giderimden fazla’ diyenlerle ‘gelirim giderimden az’ diyenler arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Bakış açısı ortalama puanı geliri giderinden az olanlar için $37,9 \pm 7,4$, geliri giderine denk olanlar için $39,6 \pm 7,8$, geliri giderinden fazla olanlar için $41,9 \pm 7,0$ olup, bakış açısı puanında gelir düzeyine göre istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,00$). İstatistiksel farklılığın, yapılan post hoc analizlerde ‘gelirim giderimden fazla’ diyenlerle ‘gelirim giderimden az’ diyenler arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tercih anketi ortalama puanı geliri giderinden az olanlar için $319,5 \pm 4,0$, geliri giderine denk olanlar için $18,6 \pm 4,3$, geliri giderinden fazla olanlar için $19,7 \pm 4,6$ olup, bakış açısı puanında gelir düzeyine göre istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,09$).

Bulgular tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24: Katılımcılarının Gelir Düzeyi İle CYKÖ, Bakış Açısı Ve Tercih Puanı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı verileri

		N	Cykö (SS)	p	B.açısı (SS)	p	Tercih (SS)	p
Gelir düzeyi	Gelirim giderimden az	106	65,6(26,99)	0,01	37,9 (7,4)	0,00	19,5 (4,0)	0,09
	Gelirim giderime denk	143	72,5 (20,2)		39,6 (7,8)		18,6 (4,3)	
	Gelirim giderimden fazla	77	74,6 (20,6)		41,9 (7,0)		19,7 (4,6)	

4.2.1.5. Sigara Ve Alkol Kullanımı İle Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

Sigara kullananların ortalama CYKÖ puanı $71,9 \pm 22,6$, sigara kullanmayanların $68,8 \pm 25,3$ olarak bulunmuştur. Sigara kullanma durumu ile CYKÖ ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,34$). Alkol kullanma durumu ve cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, CYKÖ ortalama puanı ‘alkol kullanmayanların’ $71,8 \pm 22,3$, ‘sosyal sınırlarda’ kullananların $70,6 \pm 21,8$, ‘fazla kullanan’ların $64,1 \pm 28,7$ olarak bulunmuştur. Alkol kullanma durumu ile CYKÖ ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,21$). Bulgular tablo 25’de gösterilmiştir.

Tablo 25: Katılımcılarının sigara/alkol kullanım durumuna göre CYKÖ Puanı Karşılaştırmalı verileri

		N	CYKÖ (SS)	p
SİĞARA	Kullanıyor	87	71,9 (22,6)	0,34
	Kullanmıyor	170	68,8 (25,3)	
ALKOL	Kullanmıyorum	200	71,8 (22,3)	0,21
	Sosyal sınırlarda	94	70,6 (21,8)	
	Fazla kullanıyorum	32	64,1 (28,7)	

4.2.1.6. Diyabet Süresi İle Cinsel Yaşam Kalitesi, Bakış Açısı Ve Tercih Puanı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

CYKÖ ortalama puanı, diyabet tanılı hastalık süresi 0-5 yıl olanlarda $77,4 \pm 18,1$, >5-10 yıl olanlarda $69,6 \pm 23,0$, >10 yıldan uzun süre olanlarda $62,9 \pm 25,8$ puan bulunmuştur ve hastalık süresi ile CYKÖ puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,00$). Yapılan post hoc analizler ile bu farkın DM süresi 0-5 yıl olanlar ile diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Bulgular tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26: DM süresi İle CYKÖ, Bakış Açısı Ve Tercih Puanı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı verileri

		N	CYKÖ(SS)	p	B.açısı (SS)	p	Tercih (SS)	p
Dm Tanı Süresi	0-5 yıl*	136	77,4(18,1)	0,00	39,7(7,4)	0,68	18,5 (4,3)	0,05
	>5-10 yıl	86	69,6(23,0)		40,0(8,4)		19,4 (4,2)	
	>10 yıldan uzun süre	104	62,9(25,8)		39,1 (8,2)		19,8 (4,4)	

4.2.2. Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı İle Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlar incelenmiştir.

Kadınlarda, cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanları ile medeni durum, sigara kullanımı ve alkol kullanımı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. CKYÖ puan ortalaması evli kadınlarda (n=161) 70,40, bekar kadınlarda (n=36) 66,85 olarak bulunmuşur ve aradaki fark istatistiksel anlamlı bulunmamıştır (p=0,37).

Sigara kullanan (n=50), eski kullanıcı olan (n=31) ve hiç kullanmamış kadınlarda (n=116) CYKÖ puanlarına göre istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,12). Yine alkolü haftada 7 birimden az kullanan (n=44), haftada 7 birimden fazla kullanan (n=8) ve hiç kullanmayan kadınlarda (n=144) CYKÖ puanlarına göre istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,69).

Kadınlarda, cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanları ile eğitim durumu ve gelir seviyesi arasındaki ilişki istatistiksel anlamlı bulunmuştur (p=0,01, p=0,00). Eğitim seviyesine göre incelendiğinde, CYKÖ puan ortalaması okuryazar olmayan kadınlarda (n=8) 51,66, ortaokula kadar eğitim gören kadınlarda (n=99) 67,92, ortaokul üstü eğitilmiş kadınlarda (n=90) 73,37 bulunmuştur ve aradaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,01). Gelir seviyelerine göre incelendiğinde, CYKÖ puan ortalaması geliri giderinden az olanlarda (n:67) 64,27, geliri giderine denk olan grupta (n=87) 70,00, geliri daha fazla olan grupta (n=43) 77,77 bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel anlamlı bulunmuştur (p=0,00). Bulgular tablo 27’te gösterilmiştir.

Tablo 27: Sosyodemografik Verilerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı ile Kıyaslanması

		N:199 (%)	CYKÖ Ort	SS	p
Medeni durumu	Evli	161 (81,7)	70,40	22,29	0,37
	Bekar/boşanmış/eşi vefat etmiş	36 (18,3)	66,85	19,19	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	8 (4,1)	51,66	16,12	0,01
	8 yıl ve altında okuryazar	99 (50,3)	67,92	21,74	
	8 yıldan fazla	90 (45,7)	73,37	21,33	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	67 (34,0)	64,27	25,30	0,00
	Gelirim giderime denk	87 (44,2)	70,00	19,66	
	Gelirim giderimden fazla	43 (21,8)	77,77	17,24	

Sigara kullanımı	Kullanmıyorum	116 (58,9)	71,32	21,07	0,12
	Kullanıyordum,bıraktım	31 (15,7)	72,61	21,97	
	Kullanıyorum	50 (25,4)	64,33	22,69	
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	145 (73,6)	70,11	21,75	0,69
	Haftada 7 birim(kadın için)/14 birimden(erkek) az kullanıyorum	44 (22,3)	69,72	19,92	
	Fazla kullanıyorum	8 (4,1)	63,33	32,08	

Kadınlarda diyabetin tanısından itibaren geçen hastalık süresi sorgulanmıştır. Kadınların 87'si (%44,2) 0-5 yıl içinde, 51'i (%25,9) >5-10 yıl önce, 59'u (%29,9) >10 yıldan uzun zaman önce DM tanısı almıştır. Kadınlarda diyabet tanısından itibaren geçen süre ile CYKÖ-K puanı arasındaki ilişki ANOVA testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,00). İlişkinin yönünü anlamak amaçlı yapılan post hoc analize göre Dm süresi 10 yıldan uzun olan kadınların CYKÖ ortalama puanı daha düşüktür. Sonuçlar tablo 28 ve 29'da gösterilmiştir.

Tablo 28: Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların, Diyabetin Süresine Göre Karşılaştırmasını Gösteren Dağılım (n:197)

CYKÖ-K Toplam Puanı		N (%)	Ort	SS	p
Diyabetin tanı zamanı	0-5 yıl içinde	87 (44,2)	74,57	18,47	0,00
	>5-10 yıl önce	51 (25,9)	72,98	19,96	
	>10 yıldan uzun zaman önce	59 (29,9)	59,84	24,63	

Tablo 29: Kadınların Diyabet Sürelerine Göre CYKÖ-Kadın anketinden aldıkları puanların karşılaştırmasını gösteren post hoc analiz

CYKÖ-KADIN (post hoc tamhane's t2)			Ort fark	p
Diyabetin tanı	0-5 yıl içinde	>5-10 yıl önce	1,58	0,95
		10 yıldan uzun zaman önce	14,72*	0,00
	>5-10 yıl önce	0-5 yıl içinde	-1,58	0,95

zamanı		10 yıldan uzun zaman önce	13,13*	0,00
	>10 yıldan uzun zaman önce	0-5 yıl içinde	-14,72*	0,00
		5-10 yıl önce	-13,13*	0,00

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 50,13 (ss= 10,48) olup, CYKÖ'den aldıkları puan ortalaması 69,75'tir (ss= 21,75). Kadınların yaşı ile CYKÖ-K anketinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. İlişkiyi saptamak için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır ve kadınların yaşı ile CYKÖ'den aldıkları puanlar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p=0,00). Pearson korelasyon katsayısı -0,359 bulunmuş olup, kadınlarda CYKÖ puanı ile yaş arasında orta düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır.

Bulgular tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30: Kadınların yaşı ile CYKÖ-K anketinden aldıkları puanların karşılaştırması

		CYKÖ-K toplam puan	Yaş
CYKÖ-K toplam puan	Pearson Correlation	1	-,359**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	197	197
Yaş	Pearson Correlation	-,359**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	197	197

Diyabetli kadın katılımcıların diyabete yönelik uygulamaya devam ettikleri tedavi türleri sorgulanmıştır. Bu tedaviler oral antidiyabetik kullanımı, insülin kullanımı, diyabetik diyet uygulamak ve hiçbir tedavi şeklini uygulamamak olarak sorgulanmış olup, katılımcılar birden fazla tedavi tipini işaretleyebilmişlerdir. Tedavi türlerinin her biri kadınlar için tek tek kategorize edilmiştir. Kadınlarda CYKÖ puanında tedavi gruplarına göre anlamlı fark olup olmadığını görmek için ANOVA analizi uygulanmıştır. CYKÖ-K puanı, tedavi gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklı çıkmıştır (p:0,00). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için post hoc analiz (Tamhane) uygulanmıştır. Varyansların homojenitesi Levene's testi ile değerlendirilmiştir ve varyanslar homojen olmadığı için post hoc analizde Tamhane's kullanılmıştır. Bu istatistiksel anlamlı farkın diyabetik diyet,

oral antidiyabetik ilaç ve insülini bir arada kullanan grubun hiçbir tedavi kullanmıyorum diyen grup harici diğer tüm gruplara göre anlamlı olarak düşük olmasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

Bulgular tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31: Tedavi türlerine göre CYKÖ-Kadın anketi puanlarının kıyaslanması

Uyguladığı tedavi şekli	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ-K Ort	SS	P
Hiçbir tedavi uygulamıyorum	10	5,1	58,22	26,19	0,00
Sadece Diyet	16	8,1	62,77	22,96	
Sadece OAD	82	41,6	72,29	21,68	
Sadece İnsülin	23	11,7	74,87	17,48	
Diyet+OAD	43	21,8	70,38	14,11	
Diyet+insülin	4	2,0	81,11	10,26	
Oad+insülin	13	6,6	75,04	30,62	
Diyet+OAD+İnsülin	6	3,0	29,62	5,82	

Kadınların %52,3’ü (n=197) diyabete bağlı bir komplikasyon geliştiğini beyan etmiştir. Kadınlardaki komplikasyon varlığı ile CYKÖ puanı arasındaki ilişki t testi kullanılarak analiz edilmiştir ve aradaki ilişki istatistiksel anlamlı bulunmuştur (p:0,00). Komplikasyon varlığı, daha düşük CYKÖ ortalama puanı ile ilişkilidir.

Ayrıca CYKÖ puanı ile komplikasyon türü arasındaki ilişki t testi ile analiz edilmiştir. Buna göre kadınlarda retinopati, nefropati ve nöropaati varlığı ile CYKÖ-K puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,00, p=0,00, p=0,00)

Bulgular tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 32: CYKÖ-K puanı ile komplikasyon varlığı ilişkisi

CYKÖ-K Toplam Puanı		N:197	Ort	SS	p
Retinopati	Var	36	56,97	30,3	0,00
	Yok	161	72,60	18,2	
Nefropati	Var	19	45,84	21,0	0,00
	Yok	178	72,30	20,2	
Nöropati	Var	43	55,89	23,6	0,00
	Yok	154	73,62	19,6	

Kardiyovasküler hastalık	Var	54	64,97	20,3	0,058
	Yok	143	71,55	22,0	
Diyabetik ayak	Var	5	53,55	13,1	0,09
	Yok	192	70,17	21,7	
Hastalar birden fazla komplikasyon türünü işaretleyebilmişlerdir.					
CYKÖ-K Toplam Puanı		N:197 (%)	CYKÖ Ort	SS	p
Komplikasyon varlığı	Var	103 (52,3)	62,21	22,3	0,00
	Yok	94 (47,7)	78,01	17,8	

4.2.3. Erkeklerde Sosyodemografik Verilerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı İle Karşılaştırılması

Erkeklerde, cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanları ile medeni durum, eğitim durumu, gelir seviyesi, sigara kullanımı ve alkol kullanımı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Evli erkeklerde(n=95) CKYÖ puan ortalaması 73,83 olup, bekar erkeklerde (n=34) CYKÖ puan ortalaması 68,07'dir ve aradaki fark istatistiksel anlamlı bulunmamıştır (p=0,24). CYKÖ puan ortalaması ortaokula kadar eğitim gören erkeklerde (n=47) 67,58, ortaokul üstü eğitilmiş erkeklerde (n=82) 75,03 bulunmuştur (p=0,09). CYKÖ puan ortalaması geliri giderinden az olanlarda (n:39) 67,97, geliri giderine denk olan grupta (n=56) 76,39, geliri daha fazla olan grupta (n=34) 70,58 bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel anlamlı bulunmamıştır (p=0,23)

Sigara kullanan (n=37), eski kullanıcı olan (n=38) ve hiç kullanmamış erkeklerde(n=54) CYKÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,51). Yine alkolü haftada 7 birimden az kullanan (n=50), haftada 7 birimden fazla kullanan (n=24) ve hiç kullanmayan erkeklerde (n=55) CYKÖ puanlarına göre istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,12).

Bulgular tablo 33'da gösterilmiştir.

Tablo 33: Sosyodemografik verilerin cinsel yaşam kalitesi ölçeği-erkek toplam puanı kıyaslaması

CYKÖ-E Toplam Puanı		N:129 (%)	Ort	SS	p
Medeni durumu	Evli	95 (73,6)	73,83	23,9	0,24
	Bekar/boşanmış/eşi vefat etmiş	34 (26,4)	68,07	26,6	

Eğitim düzeyi	8 yıl ve altında okuryazar	47 (36,4)	67,58	27,1	0,09
	8 yıldan fazla	82 (63,6)	75,03	22,8	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	39 (30,2)	67,97	29,6	0,23
	Gelirim giderime denk	56 (43,4)	76,39	20,8	
	Gelirim giderimden fazla	34 (26,4)	70,58	23,9	
Sigara kullanımı	Kullanmıyorum	54 (41,9)	73,16	25,9	0,51
	Kullanıyordum,bıraktım	38 (29,5)	68,51	19,2	
	Kullanıyorum	37 (28,7)	74,98	27,72	
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	55 (42,6)	76,52	23,37	0,12
	Haftada 7 birim(kadın için)/14 birimden(erkek) az kullanıyorum	50 (38,8)	71,45	23,66	
	Fazla kullanıyorum	24 (18,6)	64,46	28,33	

Erkeklerde diyabetin teşhisinden itibaren geçen hastalık süresi sorgulanmıştır. Erkeklerin 49'u (%38,0) 0-5 yıl içinde, 35'i (%27,1) >5-10 yıl önce, 45'i (%34,9) >10 yıldan uzun zaman önce DM tanısı almıştır. Erkeklerde diyabetin tanısından itibaren geçen süre ile CYKÖ-E puanı arasındaki ilişki ANOVA testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,00). İlişkinin yönünü anlamak amaçlı yapılan post hoc analize göre, Dm süresi 5 yıldan kısa olan erkeklerin CYKÖ ortalama puanı daha yüksektir. Sonuçları tablo 34 ve 35'te gösterilmiştir.

Tablo 34: Erkeklerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların, diyabetin süresine göre karşılaştırmasını gösteren dağılım (n:129)

CYKÖ-K Toplam Puanı		N (%)	Ort	SS	p
Diyabetin tanı zamanı	0-5 yıl içinde	49 (38,0)	82,52	16,55	0,00
	>5-10 yıl önce	35 (27,1)	64,83	26,57	
	>10 yıldan uzun zaman önce	45 (34,9)	67,03	27,15	

Tablo 35: Erkeklerin diyabet sürelerine göre CYKÖ-Erkek anketinden aldıkları puanların karşılaştırmasını gösteren post hoc analiz

CYKÖ-ERKEK (post hoc tamhane's t2)			Ort fark	p
Diyabetin tanı zamanı	0-5 yıl içinde	>5-10 yıl önce	17,69*	0,00
		10 yıldan uzun zaman önce	15,49*	0,00
	>5-10 yıl önce	0-5 yıl içinde	-17,69*	0,00
		10 yıldan uzun zaman önce	-2,19	0,97
	>10 yıldan uzun zaman önce	0-5 yıl içinde	-15,49*	0,00
		5-10 yıl önce	-2,19	0,97

Çalışmamızda erkeklerin yaş ortalaması 50,44 (ss= 10,76) olup, CYKÖ'den aldıkları puan ortalaması 72,31'dir (ss= 24,67). Erkeklerin yaşı ile CYKÖ-E anketinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. İlişkiyi saptamak için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır ve erkeklerin yaşı ile CYKÖ'den aldıkları puanlar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p=0,00) . Korelasyon katsayısı -0,328 olup, erkeklerde yaş artışı ile cinsel yaşam kalitesi arasında orta düzeyde negatif korelasyon olduğu görülmüştür.

Bulgular tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36: Erkeklerin yaşı ile CYKÖ-E anketinden aldıkları puanların korelasyon analizi

		Yaş	CYKÖ-E toplam puan
Yaş	Pearson Correlation	1	-,328**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	127	127
CYKÖ-E toplam puan	Pearson Correlation	-,328**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	127	127

Tedavi türlerinin her biri ekekle için tek tek kategorize edilmiştir. Bu kategorilerin her biri erkeklerde CYKÖ puanında tedavi gruplarına göre anlamlı fark olup olmadığını görmek için ANOVA ile analiz edilmiştir. CYKÖ-E puanı, tedavi gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklı çıkmamıştır (p:0,00). Ancak, kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de ‘İnsülin+OAD+Diyabetik diyet tedavisi’ni bir arada uygulayan katılımcıların CYKÖ puanı, ‘hiçbir tedavi uygulamıyorum’ ve ‘diyabetik diyet ve oral antidiyabetik kullanan’lar hariç diğer tüm gruplara göre düşük olduğu görülmüştür .

Bulgular tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 37 : Tedavi türlerine göre CYKÖ-Erkek anketi puanlarının kıyaslaması

Uyguladığı tedavi şekli	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ-E Ort	SS	p
Hiçbir tedavi uygulamıyorum	3	2,3	87,27	10,12	0,21
Sadece Diyet	4	3,1	90,00	11,54	
Sadece OAD	65	50,4	70,65	70,65	
Sadece İnsülin	10	7,8	78,54	15,49	
Diyet+OAD	19	14,7	62,87	28,07	
Diyet+insülin	8	6,2	85,00	10,59	
Oad+insülin	8	6,2	77,72	22,43	
Diyet+OAD+İnsülin	12	9,3	69,39	30,27	

Diyabete bağlı oluşan komplikasyon varlığı ile erkeklerin CYKÖ puanı arasındaki ilişki t testi kullanılarak analiz edilmiştir ve aradaki ilişki istatistiksel anlamlı bulunmuştur (p:0,01)

Ayrıca CYKÖ-E puanı ile diyabete bağlı oluşan komplikasyon tipi varlığı arasındaki ilişki t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Buna göre erkeklerde retinopati, nöropati, kardiyovasküler hastalık varlığı ile CYKÖ-E puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,03, p=0,01, p=0,01)

Bulgular tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38 : Diyabetin komplikasyonları ile CYKÖ-E puanı arasındaki ilişki

	CYKÖ-E toplam Puanı	N:129	Ort	SS	p
Retinopati	Var	27	63,63	25,19	0,03
	Yok	102	74,61	24,13	
Nefropati	Var	13	66,15	27,73	0,34
	Yok	116	73,00	24,34	
Nöropati	Var	16	58,63	26,11	0,01
	Yok	113	74,25	23,95	
Kardiyovasküler hastalık	Var	27	62,35	23,31	0,01
	Yok	102	74,95	24,45	
Diyabetik ayak	Var	9	56,76	28,39	0,050
	Yok	120	73,48	24,10	
Diğer	Var	7	94,28	7,52	0,00
	Yok	122	71,05	24,73	
Hastalar birden fazla komplikasyon türünü işaretleyebilmişlerdir.					
CYKÖ-E Toplam Puanı		N:129 (%)	Ort	SS	p
Komplikasyon varlığı	Var	74 (57,4)	66,01	24,85	0,01
	Yok	55 (42,6)	80,79	21,91	

4.2.4. Cinselliği Tartışmadaki Engeller/Bakış Açısı Anketinin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı İle Karşılaştırmalı Analizleri

Anketin bu bölümünde, katılımcılara 10 sorudan oluşan, 5'li likert tipinde hazırladığımız sorular yöneltilmiştir. Bu bölümde 'Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmaktan utanabilirim', 'Artık cinsel sağlığımı konuşamayacak kadar yaşlıyım', 'Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmanın doktorumu utandırabileceğini düşünüyorum' gibi sorularla, hastaların cinsel sağlıklarını hekime danışma hakkında bakış açıları tutumları değerlendirilmiştir. Bu bölümden alabilecekleri minimum puan 10, maksimum puan 50'dir. Toplam puanın artması bakış açısı ve düşüncelerin olumlu yönde değişmesi anlamına gelmektedir. Anketin bu bölümünün cronbach's alpha değeri hesaplanmıştır. Tüm katılımcılar için cronbach's alpha değeri 0,804; kadınlar için değerlendirildiğinde 0,782; erkekler için değerlendirildiğinde 0,824 olarak hesaplanmıştır.

CYKÖ-Kadın ortalama puanı ile bakış açısı anket puanını karşılaştırmak için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre, kadınların bakış açılarının olumlu yönde değişmesi ile Cinsel yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon vardır ($r=0,452$).

CYKÖ-Erkek ortalama puanı ile bakış açısı anket puanını karşılaştırmak için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre erkeklerin bakış açılarının olumlu yönde değişmesi ile Cinsel yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon vardır ($r=0,466$). Bulgular tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39: Bakış açısı verilerinin CYKÖ puanı ile karşılaştırması

		CYKÖ Toplam puan	Bakış açısı/düşünce toplam puan
CYKÖ-K toplam puan	Pearson	1	,452**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	197	197
CYKÖ-E toplam puan	Pearson	1	,466**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	129	129

Anketin bu bölümündeki 5’li likert şeklinde hazırladığımız soruların yanıtları ‘Katılıyorum’ (tamamen katılıyorum ve kısmen katılıyorum diyenler), ‘Kararsızım’ (kararsızım), ve ‘Katılmıyorum’ (kısmen katılmıyorum ve hiç katılmıyorum diyenler) şeklinde 3 grup olacak şekilde kategorize edilmiştir. Her bir sorunun, ‘‘katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum’’ şeklinde kategorize ettiğimiz 3 cevap üzerinden CYKÖ ortalama puanı ANOVA kullanılarak karşılaştırmalı analizi yapılmıştır.

Kadınlarda soru 1’e verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu soruya utanmam diyenlerin CYKÖ puan ortalamaları kararsız ve utanabilirim diyenlere göre yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$). İstatistiksel bu farkın yapılan post hoc analizlerde ‘‘Katılmıyorum’’ diyen grup ile ‘‘katılıyorum’’ ve ‘‘kararsızım’’ diyen grup arasından kaynaklandığı görülmüştür. Erkeklerde soru 1’e verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu soruya utanmam diyenlerin CYKÖ puan ortalamaları kararsızım ve utanabilirim diyenlere göre yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$). İstatistiksel bu farkın yapılan

post hoc analizlerde ‘‘Katılmıyorum’’ diyen grup ile ‘‘katılıyorum’’ ve ‘‘kararsızım’’ diyen grup arasından kaynaklandığı görülmüştür.

Kadınlarda soru 2’ye verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu soruya doktorumu utandırabilir diyenlerin CYKÖ puan ortalamaları, utandıracağını düşünmüyorum diyenlere göre düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel anlamlıdır ($p:0,00$). İstatistiksel bu farkın yapılan post hoc analizlerde ‘‘Katılıyorum’’ ve ‘‘Katılmıyorum’’ diyen diyen grup arasından kaynaklandığı görülmüştür. Erkeklerde soru 2’ye verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir, doktorumu utandırabilir diyenlerin CYKÖ puan ortalamaları, utandıracağını düşünmüyorum diyenlere göre düşük bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel anlamlı bulunmamıştır ($p:0,69$).

Kadınlarda soru 3’e verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir, doktorunun endişelerini ciddiye almayabileceğini düşünenlerin CYKÖ puan ortalamaları, buna katılmayanlara göre göre düşük bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel anlamlı bulunmamıştır ($p:0,07$). Erkeklerde soru 3’e verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir, doktorunun endişelerini ciddiye almayabileceğini düşünenlerin CYKÖ puan ortalamaları, buna katılmayanlara göre göre düşük bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel anlamlı bulunmamıştır ($p:0,14$).

Kadınlarda ve erkeklerde soru 4’e verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki değerlendirilmiştir ve istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p:0,52$ $p:0,08$).

Kadınlarda soru 5’e verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki değerlendirilmiştir. Doktorun, cinsel yaşamını konuşamayacağı kadar genç olduğunu düşünenlerin CYKÖ ortalama puanı buna katılmayanlara göre düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$). İstatistiksel bu farkın, ilişkinin yönünü anlamak için yapılan post hoc analizlerde ‘‘Katılmıyorum’’ diyen grup ile ‘‘katılıyorum’’ ve ‘‘kararsızım’’ diyen grup arasından kaynaklandığı görülmüştür. Erkeklerde soru 5’e verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki değerlendirilmiştir. Doktorun, cinsel yaşamını konuşamayacağı kadar genç olduğunu düşünenlerin CYKÖ ortalama puanı, buna katılmayanlara ve kararsızlara göre düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$). İstatistiksel bu farkın, ilişkinin yönünü anlamak için yapılan post hoc analizlerde ‘‘Katılmıyorum’’ diyen grup ile ‘‘kararsızım’’ diyen grup arasından kaynaklandığı görülmüştür.

Soru 6’ya verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki değerlendirilmiştir. Her iki cinsiyette de cinsel sağlığını tartışamayacak kadar yaşlı olduğunu düşünenlerin CYKÖ ortalama puanı, düşünmeyenlere göre düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$). Kadınlarda ve erkeklerde istatistiksel bu farkın post hoc analizler

sonucu “Katılmıyorum” diyen grup ile “katılıyorum” ve “kararsızım” diyen grup arasından kaynaklandığı görülmüştür.

Kadınlarda soru 7’ye verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Anova analizi uygulanmıştır ve istatistiksel anlamlı bulunmuştur ($p:0,00$). Varyanslar homojen dağılmadığı için ilişkinin yönünü anlamak amaçlı post hoc analiz olarak Tamhane uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlı farkın katılıyorum diyenler ile diğer 2 grup arasında olduğu bulunmuştur. Erkeklerde soru 7’ye verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Anova analizi uygulanmıştır ve istatistiksel anlamlı bulunmuştur ($p:0,00$). Varyanslar homojen dağıldığı için ilişkinin yönünü anlamak amaçlı yapılan post hoc analizde istatistiksel anlamlı farkın (Tukey) katılmıyorum diyenlerle kararsız ve katılıyorum diyenlerden kaynaklandığı görülmüştür.

Soru 8’e verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki değerlendirilmiştir. Her iki cinsiyette de tedavinin pahalı olduğunu düşünenlerin CYKÖ ortalama puanı, düşünmeyenlere göre düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$). Yine her iki cinsiyette istatistiksel bu farkın yapılan post hoc analizlerde “Katılmıyorum” diyen grup ile “katılıyorum ve kararsızım” diyen grup arasından kaynaklandığı görülmüştür.

Soru 9’a verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki değerlendirilmiştir. Tedavinin sağlığına zarar vereceğini düşünme durumu ile CYKÖ ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki kadınlarda bulunmamıştır ($p:0,13$). Erkeklerde tedavinin sağlığına zarar vereceğini düşünmeyenlerin CYKÖ ortalama puanı daha yüksektir. Gruplar arası puan farkı istatistiksel anlamlıdır ($p:0,00$). İstatistiksel bu farkın yapılan post hoc analizlerde “katılmıyorum” diyenlerle “kararsızım” diyenlerden kaynaklandığı görülmüştür.

Kadınlarda soru 10’a verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Anova analizi uygulanmıştır ve istatistiksel anlamlı bulunmuştur ($p:0,00$). İlişkinin yönünü anlamak amaçlı yapılan post hoc analizde (Bonferroni ve Tukey HSD ikisinde de) istatistiksel anlamlı farkın “katılmıyorum” diyenler ile “katılıyorum” diyen ve “katılmıyorum” diyenlerle “kararsızım” diyenlerden kaynaklandığı görülmüştür. Erkeklerde soru 10’a verilen yanıt ile CYKÖ puanı arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Anova analizi uygulanmıştır ve istatistiksel anlamlı bulunmamıştır ($p:0,67$). Bulgular tablo 40’ta gösterilmiştir.

Tablo 40: Bakış açısı anket sorularının CYKÖ puanı ile karşılaştırmalı verileri

Soru 1: Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmaktan utanabilirim	KADIN					ERKEK				
	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (SS)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (SS)	p
Katılıyorum	88	44,7	65,92	3,05	0,0	36	27,9	56,61	4,42	0,0
Kararsızım	24	12,2	57,96	(1,5)	0	18	13,9	56,46	(0,9	0
Katılmıyorum	85	43,1	77,04			75	58,2	83,66	5)	
Soru 2: Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmanın doktorumu utandırabileceğini düşünüyorum	KADIN					ERKEK				
	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (SS)	p
Katılıyorum	31	15,7	60,64	4,25	0,0	9	7,0	62,27	4,58	0,6
Kararsızım	12	6,1	54,07	(1,2)	0	5	3,9	78,90	(0,9	9
Katılmıyorum	154	78,2	72,80			115	89,1	72,42	0)	
Soru 3: Cinsel yaşamım hakkındaki endişelerimi doktorun ciddiye almayabileceğini düşünüyorum.	KADIN					ERKEK				
	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (SS)	p
Katılıyorum	26	13,2	65,76	4,25	0,0	6	4,7	62,42	4,49	0,1
Kararsızım	19	9,6	60,87	(1,19)	7	15	11,6	56,60	0,97	4

Katılmıyorum	152	77,2	71,54			108	83,7	75,05		
Soru 4:	KADIN					ERKEK				
Hekimlerin, cinsel fonksiyon bozukluğu hakkında yeterli profesyonel yardım sunacak kadar mesleki veya yaşam tecrübesine sahip olduğunu düşünmüyorum.	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan	p
Katılıyorum	23	11,7	65,02	4,11	0,5	16	12,4	65,11	4,08	0,0
Kararsızım	31	15,7	71,32	(1,14)	2	19	14,7	63,82	1,18	8
Katılmıyorum	143	72,6	70,17			94	72,9	75,26		
Soru 5:	KADIN					ERKEK				
Doktorum, cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında onunla konuşamayacağım kadar genç.	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan	p
Katılıyorum	58	29,4	63,39	3,59	0,0	20	15,5	67,72	4,82	0,0
Kararsızım	26	13,2	62,05	(1,47)	0	13	10,1	48,25	0,57	0

Katılmıyorum	113	57,4	74,78			96	74,4	76,53		
Soru 6: Artık cinsel sağlığını tartışamayacak kadar yaşıyorum.	KADIN					ERKEK				
	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan	p
Katılıyorum	52	26,4	55,89	3,86	0,0	14	10,9	68,70	4,32	0,0
Kararsızım	8	4,1	53,05	(1,52)	0	10	7,7	48,00	1,22	0
Katılmıyorum	137	69,5	75,98			105	81,4	75,11		
Soru 7: Cinsel fonksiyon bozukluğu için etkili bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmediğim için konuşmak istemiyorum.	KADIN					ERKEK				
	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan	p
Katılıyorum	37	18,8	51,23	3,77	0,0	12	9,3	60,30	4,32	0,0
Kararsızım	51	25,9	63,94	(1,30)	0	11	8,5	41,81	1,02	0
Katılmıyorum	109	55,3	78,75			106	82,2	76,84		
Soru 8 : Tedavinin çok pahalı olduğunu düşünüyorum.	KADIN					ERKEK				
	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan	p
Katılıyorum	36	18,3	58,33	3,50	0,0	25	19,4	57,81	3,64	0,0
Kararsızım	73	37,0	63,53	(1,35)	0	33	25,6	62,03	1,41	0
Katılmıyorum	88	44,7	79,58			71	55,0	82,20		
Soru 9 : Tedavinin sağlığıma zarar	KADIN					ERKEK				
	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan	p

vereceğini düşünüyorum.										
Katılıyorum	18	9,1	67,65	4,08	0,1	8	6,2	63,18	4,19	0,0
Kararsızım	49	24,9	64,76	(1,13)	3	29	22,5	59,93	0,99	0
Katılmıyorum	130	66,0	71,92			92	71,3	77,01		
Soru 10 :	KADIN					ERKEK				
Cinsel problemlerimin zamanla kendi kendine düzeleceğini düşünüyorum.	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan (ss)	P	Sayı (n)	Yüzde (%)	CYKÖ	Ort puan	p
Katılıyorum	38	19,3	61,40	3,83	0,0	17		67,48	4,21	0,6
Kararsızım	29	14,7	59,57	(1,23)	0	18		74,14	1,15	7
Katılmıyorum	130	66,0	74,46			94		72,84		

4.2.5. Katılımcıların cinsel sağlıkları hakkında alacakları sağlık hizmetinine yönelik tercihlerini değerlendirme anketinin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Karşılaştırması

Anketimizin ikinci bölümü 5 sorudan oluşmaktadır, 5’li likert tipindedir ve katılımcıların hekimler tarafından cinsel sağlıkla ilgili anamnez almalarına ilişkin beklentilerini değerlendirilmek amaçlanmıştır. Bu bölümden 5 sorudan alabilecekleri toplam puan minimum 5, maksimum 10 puandır. Toplam puanın artması, hastaların cinsel sağlıklarının hekimler tarafından sorgulanması tercihinde bulundukları anlamına gelmektedir.

Katılımcıların cinsel sağlıkları hakkında aldıkları/alacakları sağlık hizmetinine yönelik tercihlerini değerlendirme anketinin toplam puanı ile CYKÖ ortalama puanı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Her iki cinsiyette de istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır (kadınlarda $p=0,89$, erkeklerde $p=0,57$). Bulgular tablo 41’de gösterilmiştir.

Tablo 41: Katılımcıların toplam tercih puanı ve CYKÖ ortalama puanının karşılaştırmalı verileri

		CYKÖ ortalama puan	Tercih Toplam Puan
CYKÖ-K toplam puan	Pearson	1	,121
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,089
	N	197	197
CYKÖ-E toplampuan	Pearson	1	,050
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,571
	N	129	129

4.2.6. Katılımcıların cinsel sağlıkları hakkında aldıkları sağlık hizmetine yönelik deneyimlerini değerlendirme anketinin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Karşılaştırması

Anketin üçüncü bölümündeki, 5 adet çoktan seçmeli şekilde hazırlanan soruların yanıtları CYKÖ ortalama puanı ile karşılaştırılarak analizi yapılmıştır.

1.soruya verilen yanıt ile CYKÖ puan ortalaması, kadınlarda ve erkeklerde ayrı ayrı t testi kullanılarak analiz yapılmıştır. Hem kadınlarda hem erkeklerde, diyabet tanısı sonrası cinsel sağlık problemi yaşadım diyenlerin CYKÖ ortalama puanları istatistiksel anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,00$, $p=0,00$). Bulgular tablo 42’de gösterilmiştir.

2.soruya verilen yanıtlar ile CYKÖ ortalama puanı arasındaki ilişki ANOVA analizi kullanılarak incelenmiştir. Cinsel sağlık sorgulanma durumu ile CYKÖ ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki kadınlarda bulunmazken ($p=0,28$), erkeklerde bulunmuştur ($p=0,04$). Yapılan post-hoc analizlere göre erkeklerdeki farkın; ‘‘hayır hiç sorgulanmadı’ ve ‘>5 yıl ve daha uzun zaman önce sorgulandı’’ diyen grup arasından kaynaklandığı görülmüştür.

3.soruda ‘‘Hangi branş hekimi cinsel sağlığınız hakkında bilgilendirme yaptı?’’ sorusunun yanıtları ile CYKÖ puanı arasındaki ilişki ANOVA kullanılarak analiz edilmiştir ve istatistiksel anlamlı sonuç bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.soruda ‘‘Hekimlerinizin cinsel sağlığınızı sorgulamasından rahatsız oldunuz mu?’’ sorusunun yanıtları ile CYKÖ ortalama puanı arasındaki ilişki ANOVA kullanılarak analiz

edilmiştir. Bu soruya verilen yanıt ile CYKÖ ortalama puanı arasında istatistiksel ilişki kadınlarda bulunmazken ($p=0,57$), erkeklerde ilişkili bulunmuştur ($p=0,00$). Erkeklerdeki bu ilişkinin yönünü anlamak için post-hoc analiz (tamhane's) kullanılmıştır. Erkeklerde CYKÖ ortalama puanındaki bu istatistiksel fark, cinsel sağlığımın sorgulanmasından ‘evet , çok rahatsız oldum’ diyenler ile ‘hayır, hiç rahatsız olmadım’ ve ‘hiç sorgulanmadı’ gruplarından kaynaklandığı görülmüştür. Bulgular tabloda gösterilmiştir.

5.soruda ‘Hekimlerinizin cinsel yaşam sorunlarınızın çözümüne yardımcı oldu mu?’ sorusunun yanıtları ile CYKÖ ortalama puanı arasındaki ilişki ANOVA kullanılarak analiz edilmiştir ve her iki cinsiyette de istatistiksel anlamlı sonuç bulunmamıştır ($p >0,05$). Bulgular tablo 43’te gösterilmiştir.

Tablo 42: Deneyimler ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Karşılaştırması

			N (%)	CYKÖ Ort Puan	p
1.Diyabet tanısı sonrası, cinsel sağlığınızla ilgili bir problem yaşadınız mı?	Kadın	Evet	58 (29,4)	55,72	0,00
		Hayır	139 (70,6)	75,60	
	Erkek	Evet	52 (40,3)	52,83	0,00
		Hayır	77 (59,7)	85,47	

Tablo 43: Deneyimler ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Karşılaştırması

		KADIN			ERKEK		
		N (%)	CYKÖ Ort puan	P	N (%)	CYKÖ Ort puan	P
2.Herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurunuzda, hekiminiz cinsel sağlığınız hakkında probleminiz olup olmadığını	Hayır hiç sorgulanmadı	123 (62,4)	71,17	0,28	52 (40,3)	77,48	0,04
	Son 1 yıl içinde sorgulandı	34 (17,3)	62,38		40 (31,0)	72,63	
	2-3 yıl içinde sorgulandı	16 (8,1)	70,83		18 (14,0)	70,40	
	3-4 yıl içinde sorgulandı	14 (7,1)	70,15		13 (10,1)	64,61	

sorguladı mı?	>5 yıl ve daha uzun zaman önce	10 (5,1)	75,00		6 (4,7)	47,87	
3. Hangi branş hekimi cinsel sağlığınız hakkında bilgilendirme yaptı?	Hayır hiç sorgulanmadı	123 (62,4)	71,17	0,08	52 (40,3)	77,48	0,19
	Aile hekimi	8 (4,1)	59,02		6 (4,7)	63,03	
	Üroloji hekimi	0 (0,0)	0,00		51 (39,5)	71,62	
	Kadın hastalıkları ve doğum hekimi	56 (28,4)	70,01		0 (0,0)	0,00	
	Psikiyatri hekimi	8 (4,1)	53,05		2 (1,6)	54,54	
	Dahiliye hekimi (endokrin hekimi dahil)	2 (1,0)	84,44		18 (14,0)	64,44	
4. Hekimlerinizin cinsel sağlığınızı sorgulamasından rahatsız oldunuz mu?	Hayır hiç sorgulanmadı	123 (62,4)	71,17	0,57	52 (40,3)	77,48	0,00
	Evet, çok	3 (1,5)	59,25		4 (3,1)	44,54	
	Evet, biraz	22 (10,7)	66,61		18 (14,0)	59,49	
	Hayır, hiç	49 (24,9)	68,02		55 (42,6)	73,65	
5. Hekimlerinizin cinsel yaşam sorunlarınızın çözümüne yardımı oldu mu?	Hayır hiç sorgulanmadı	123 (62,4)	71,17	0,19	52 (40,3)	77,48	0,24
	Evet, çok	7 (3,6)	78,25		6 (4,7)	79,69	
	Evet, biraz	43 (21,8)	68,38		56 (43,4)	69,02	
	Hayır, hiç	24 (12,2)	62,19		15 (11,6)	65,93	

5. TARTIŞMA

Cinsel fonksiyon bozukluğunun en önemli nedenlerinden birinin diyabet olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Diyabetik hastalardaki cinsel fonksiyon bozukluklarının mekanizması tam aydınlatılamamış olmakla birlikte, esas olarak vasküler faktörler, hormonal bozukluklar, psikolojik problemler ve nörolojik hasarlar gibi birçok etmen suçlanmıştır.

Bu çalışmada amaç, diyabet hastalarının cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek, bunun diyabetle ilişkili bazı değişkenler ile ilişkisini göstermek ve birinci basamakta hastaların cinsel kaygılarını danışma konusundaki tercihlerini, hekimine danışmasının önündeki engelleri ve/veya kolaylaştıran uygulamaları belirlemektir.

Bu bölümde çalışmamızdan elde edilen bulguların ana başlıklar altında tartışması yer almaktadır.

Diyabetli Bireylerin Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikleri

Çalışmamızda cinsel yaşam kalitesi ortalama puanı kadınlarda $69,75 \pm 21,75$; erkeklerde $72,31 \pm 24,67$ olarak bulunmuştur. Cinsel yaşam kalitesi puanında cinsiyete göre istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,32$). Yaptığımız regresyon analizine göre CYKÖ puanı yaş ve DM süresi ile ilişkili bulunmuştur.

Literatürde cinsel yaşam kalitesi ortalama puanının bizim çalışmamıza benzer olduğu araştırmalar mevcuttur [110, 111, 112, 113]. Ülkemizde Çelik ve arkadaşları (2015) bir diyabet merkezindeki kadınların CYKÖ puan ortalamasını $68,01 \pm 22,22$ bulmuştur. Çelik ve ark.'larının benzer yaş ortalamalı ($49,99 \pm 10,29$), çoğunluğu benzer tedavi alan (%36,9 sadece OAD), çalışmamıza benzer örneklemde (18 yaş üstü tip 1 ve tip 2 Dm kadın) ve aynı ölçeği kullanarak bulduğu sonuçların çalışmamıza benzer olması bu bağlamda önemlidir. Çelik'e göre de diyabetli kadınlarda, cinsel işlev bozukluğu yaygındır ve buna paralel olarak cinsel yaşam kaliteleri de düşüktür. Araştırmamızdan farklı olarak, Çelik ve arkadaşları kadınlarda diyabet süresi ile Ezlin ve arkadaşları da yaş, diyabet süresi ve diyabet komplikasyonları ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki saptamamıştır [114]. Çalışmamızda ise diyabetlilerde düşük cinsel yaşam kalitesi uzun diyabet süresi ve ileri yaş ile ilişkili bulunmuştur ve yaptığımız çoklu regresyon analizi de sonucumuzu doğrulamıştır; literatürde benzer sonuçlar mevcuttur [8, 111, 115]. Çeşitli çalışmalar ve metaanalizlerde de ileri yaş ve daha uzun diyabet süresi, diyabetik erkeklerde artmış erektil disfonksiyon riski ile ilişkilendirilmiştir [80, 116, 117, 118]. Uzun süreli yüksek kan şekeri vasküler ve nöronal komplikasyonlar vasıtasıyla cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilir. DM süresinin uzaması yaşı da ilerlemesi ile ilgili olduğu için, yaş ilerledikçe de cinsel

işlevlerde azalma meydana gelmiş olabilir. Literatürdeki farklı çalışma sonuçları ise, cinsel işlev bozukluğunun somatik faktörlerin yanında psikolojik faktörlerle de ilişkili olmasından kaynaklanabilir. Bu durum, cinselliğin sadece hastalıktan etkilenmeyip, bireyin tüm yaşamını etkileyen daha geniş bir yelpazeyi kapsaması ile açıklanabilir. Ayrıca toplumda yaşlıların cinsel yaşamlarına ilişkin olumsuz stereotipler ve mitlerin hakim olması ve onları cinsel ilgiden yoksun olarak tanımlaması da yaşlıları cinselliklerini ifade etme konusunda engel olabilir ve farklı sonuçları açıklayabilir [119].

Literatürde cinsel yaşam kalitesi ortalama puanının araştırmamızda daha düşük bulunduğu araştırmalar da mevcuttur [72, 115, 120, 121]. Kaplan Serin, E. ve ark.'ları diyabetik kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine yaptıkları çalışmada CYKÖ ortalama puanını $50,22 \pm 9,35$ bulmuştur ve kontrol grubuna istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğunu raporlamıştır. Kaplan Serin'in çalışmasında katılımcıların diyabet süresi daha uzun ve eğitim seviyeleri daha düşüktür. Şahin ve ark.'ları (2015), Kars'ta birinci basamağa başvuran diyabetik kadınların CYKÖ ortalama puanını $38,56 \pm 10,89$ bulmuştur. Şahin'in çalışmasında kadınların sadece %57,4'ü okuryazar, %62,4'ünün gelir seviyesinin düşük ve yarısından çoğu (%52,6) ≥ 16 yıldır diyabet tanılıydı. Bizim çalışmamızda ise kadınların yalnızca %4,1'i okuryazar değildi ve sadece %12,2'si >15 yıldan uzun diyabet tanılıydı. Şahin ve ark.'ları ile Kaplan Serin ve ark.'larının çalışmasındaki CYKÖ ortalama puanının bizim çalışmamıza göre düşük olmasını sosyo-demografik verilerinin bizim çalışmamızdan oldukça farklı, daha düşük eğitim ve gelir düzeyi, daha uzun Dm süresi ile açıklayabiliriz. Literatürde bunu destekleyecek eğitim düzeyi ve DM süresinin cinsel yaşam kalitesi ilişkili olduğunu gösteren çalışmamızla uyumlu sonuçlar mevcuttur [8, 83, 120]. Çayan ve arkadaşları (2004) da Türk kadınlarında cinsel işlevi bozabilecek olası risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında kadınlarda düşük eğitim düzeyi ve bir işte çalışmamanın cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır. Yine Sevinç ve arkadaşları kendisi ve eşi üniversite mezunu olan ve ekonomik durumu iyi olan kadınlarda cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ürdün'de 613 diyabetik hasta ve 524 kontrolün değerlendirildiği büyük bir çalışmada da, daha uzun diyabet süresi, ileri yaş ve diyabetik komplikasyonların varlığı daha kötü cinsel işlevle ilişkili bulunmuştur, çalışmamızla benzer sonuçlardır.

Mevcut çalışmamızda basit analizlerde eğitim seviyesi ve gelir durumu ile CYKÖ arasında anlamlı ilişki bulunmuş olmasına rağmen, regresyon analizi sonucunda bu anlamlı ilişki ortadan kalkmıştır, Literatürde de eğitim ve gelir düzeyinin CYK'ne etkisi ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak, erkeklerde yüksek

eğitim düzeyi ve cinsel disfonksiyonun (CD) varlığı arasında negatif korelasyon olduğuna dair bazı sonuçlar mevcuttur [76, 118]. Cinsellik ile ilgili bazı geleneksel inanışlardan kaynaklanan kişisel tabular, mitler, güven duygusu ile ilgili problemler, alay edilme korkusu, anksiyete gibi faktörler, kadınları cinsellikle ilgili problemleri dile getirme konusunda erkeklere kıyasla daha geri planda bırakabilir. Bu gibi durumlar daha çok erkek merkezli kültürlerde geçerlidir [122]. Ülkemizde sosyal, kültürel ve kamusal sorunlar kadınların cinsel sorunlarını dile getirmelerine çoğunlukla engel olmaktadır [124]. Çalışmamızda kadınlardaki eğitim seviyesi erkeklerden daha düşüktür. Eğitim durumunun düşük olması problem çözme ve başa çıkma yollarına dair bilgi eksikliğini getirebilir. Tüm bu durumlar, eğitim seviyesi ile CYK arasındaki ilişkinin kadınlarda erkeklere göre anlamlı çıkmasına neden olmuş olabilir. Literatürde genel olarak diyabetli hastalarda cinsel disfonksiyonun kişisel yaşam üzerindeki etkisini azaltmak için eğitim müdahalelerinden yararlanabileceği bilgisi mevcuttur [99]. Ek olarak, bilişsel davranış terapisi, çeşitli eğitimler ile problem çözme becerileri ve aile iletişiminin iyileştirilmesi, cinsel disfonksiyonun sonuçlarını en aza indirmeye yardımcı olabilir.

Çalışmamızın sonuçlarında, düşük gelir düzeyinin düşük cinsel yaşam kalitesi ile ilişkili olması literatürle uyumludur [124]. Bireysel gelir eksikliğine bağlı olarak öz saygının azalması veya gelir düştükçe buna bağlı olarak toplum içi statüde ve sosyal yaşamda değişikliğin ortaya çıkmasından kaynaklanabilir. Ancak diyabetik erkeklerde cinsel disfonksiyonu olanların daha yüksek gelirli bulunduğu çalışmalar da mevcuttur [125]. Gelir düzeyi ile ilişkideki bu farklılık çalışmalarda farklı ölçeklerin kullanılmasından ya da refah durumu arttıkça cinsel sağlık hakkında farkındalık artışından kaynaklanabilir.

Gana'da Owiredü, WKBA ve ark.'larının (2017) diyabetli hastalar ve eşlerini dahil ettiği çalışmada, diyabetik erkekler ve eşleri ile; diyabetik kadınlar ve eşlerinin CYKÖ ortalama puanı bizim çalışmamıza göre daha düşüktür ve bizim araştırmamızdan farklı olarak cinsel yaşam kalitesi erkeklerde daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmadaki erkekler genel olarak daha yaşlı, daha düşük öğrenim seviyeli, daha uzun DM süreli bireylerden oluşmuştur. Bu durum, Owiredü ve arkadaşlarının çalışmasındaki erkeklerin hem aynı çalışmadaki kadınlardan hem de bizim çalışmamızdaki erkeklerden daha yaşlı, daha düşük eğitim ve daha uzun DM süreli olmasından kaynaklanabilir. Cinsel fonksiyon bozukluğu yaşayan diyabetik erkek ve kadınların partnerlerinin de CYKÖ skorları (CİB yaşamayanların partnerlerine göre) daha düşüktür [121]. Buradan yola çıkarak diyabetin neden olduğu cinsel işlev bozukluğu ve düşük cinsel yaşam kalitesinin sadece hastaları değil, partnerlerini de kapsayan bir sorun olduğu çıkarımı yapılabilir. Cinsel işlev

bozukluğu evlilik doyumunu etkileyen faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu sebeplerle hekimlerin bu bozukluğu diyabetlilerde görülen önemli rahatsızlıklar arasına koyması ve hastalarda yaşam kalitesine dikkat etmesi önemlidir.

Diyabetli Bireylerin Cinselliği Tartışmadaki Engellere/Bakış Açılarına İlişkin Özellikleri

Hastaların yardım arama kalıplarını ve tedavinin önündeki engelleri anlamak, cinsel sağlık sorunlarında etkili tedaviler mevcut olmasına rağmen yetersiz olan başvuruların üstesinden gelmekte önemlidir. Çalışmamızın amaçlarından biri, birinci basamakta hastaların cinsel kaygılarını hekime danışmasının önündeki engelleri/kolaylaştıran uygulamaları, tedavilerin algılanan faydası ve tedavi aramanın önündeki engeller ve tercihleri hakkında bilgi sağlamaktır.

Çalışmamızda, bakış açısı/engeller anketinin toplam puanının artması, hastaların hekimleriyle cinsel sağlıkları hakkında konuşma konusunda daha olumlu bakış açısına ve daha az engele sahip olduğu anlamına gelmektedir ($p<0,05$, cronbach alpha=0,804). Yaptığımız analizlerin sonuçlarına göre, daha yüksek cinsel yaşam kalitesi, daha yüksek bakış açısı/engeller anket toplam puanı ile pozitif korele ($r=0,457$, $p=0,00$) bulunmuştur. Bu bağlamda yaptığımız lineer regresyon analizi sonucu da ($OR=0,152$ $p=0,00$) katılımcıların engeller/bakış açısı anket puanı ile CYKÖ puanı arasındaki ilişkiyi aralarındaki ilişki doğrulamıştır.

Literatürde, yardım arama davranışı ve cinsiyet ilişkisi üzerine çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmaktadır [127,128]. Diyabet hastalarının cinsel sorunlarla ilgili bakım ihtiyaçları ve tercihleri üzerine Hollanda’da yapılan kesitsel bir araştırmada cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin kadınlara göre daha sık yardıma ihtiyaç duyduğu (%15 ve %9) ve yardım aradığı bulunmuştur (%48 ve %41) [127]. Lindau ve ark.’na göre de diyabetik erkekler (%47) kadınlardan (%19) daha fazla doktorlarıyla cinsel sorunları tartıştıklarını bildirmiştir [128]. Araştırmamızda, kadınların %62,4’ü, erkeklerinse %40,3’ü hekimlerle cinsel sağlıkları hakkında hiç konuşmadıklarını belirtmiştir ve cinsiyetler arasındaki bu farklılık istatistiksel anlamlı bulunmuştur. ($p=0,00$). Buna paralel olarak, bakış açısı/engeller anket ortalama puanı kadınlarda erkeklere göre istatistiksel anlamlı düşüktür; erkeklerin cinsel sağlık hakkında konuşmaya ilişkin bakış açısı daha olumlu bulunmuştur ($p=0,00$). Yaptığımız lineer regresyon analizinde de **cinsiyet** (erkek olmak) ($OR=1,153$, $4,256p=0,01$) koruyucu faktör olarak bulunmuştur ve sonuçlarımız literatürle uyumludur. Sağlık deneyimleri erkekler ve kadınlar arasında farklılık gösterebilir. Bu fark sağlık hizmetine erişimde cinsiyet eşitsizliğinden ya da kadınlarda jinekolojik olmayan cinsel

sağlık sorunlarının istemeden ihmalinden ya da bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir [126]. Cinsiyetler arası bu farka neden olabilecek durumları saptama amacıyla yönelttiğimiz sorulara göre, kadınlarda yardım aramadaki engeller utanma, doktorun genç olduğunu düşünme, tedavi maliyeti, tedaviye inanmama önde gelen nedenlerdir. Erkeklerde ise utanma ve tedaviye ilişkin bilgi eksiklikleri daha ön planda bulunmuştur.

Cinsiyete göre yardım arama davranışındaki farklılık cinsellikle ilgili konuları konuşmada kadınların daha fazla **utanma** hissetmesinden de kaynaklanabilir. Çalışmamızda cinsel yaşamındaki sorunlar hakkında konuşmaktan utanmadığını belirten katılımcıların oranı düşüktür (kadın= %43,1, erkek=%58,2) ve utananların CYKÖ puanı daha düşük ve bakış açıları daha olumsuz bulunmuştur. Amerika’da yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğu cinsel sağlık görüşmelerinin önündeki en yaygın engelin utanç olduğunu belirtmiştir. Mevcut literatürde hastaların hekimle daha önce tanışmış olmanın, konuşmayı doktorun başlatmasının ve aynı cinsiyetten bir hekimin bulunmasının cinsel kaygıları tartışmayı kolaylaştırdığı sonucuna da varılmıştır [7]. Kadın/erkek arasındaki farklılığın bir diğer sebebi mevcut tedavi seçeneklerine ilişkin farkındalıktan kaynaklanıyor olabilir. Son yıllarda fosfodiesteraz inhibitörlerinin kullanımı ile daha fazla erkek, erektil disfonksiyon hakkında bilinçlenmiş olabilir. Ancak olası cinsiyet farklılıklarını araştırmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Ek olarak, Rutte ve ark’ları hastaların çoğunun (erkeklerin %63’ü, kadınların %35’i bilgili) tip 2 DM’nin cinsel sorunlara neden olabileceğinin farkında olmadığı raporlamıştır. Hastaların DM-CİB ilişkisi açısından bilgilendirilmeleri cinsel işlev bozukluğunun alışılmadık bir sorun olduğu hissini ortadan kaldırarak hekimlerle daha kolay görüşmeye başlayabilmelerini sağlayabilir.

Bu amaçla, katılımcıların **tedaviye ilişkin** bakış açısını araştırmak amaçlı sorular yöneltmiştir. Tedavilerin etkinliğine inananlar kadınlarda %55,3 iken, erkeklerde %82,2 olup, erkeklerde bariz yüksek oran olduğu görülmüştür. Kadınların yaklaşık dörtte biri tedavi etkinliği hakkında kararsız olduğunu belirtirken, erkeklerde bu oran (%8,5) düşüktür. Tedaviye inancın, erkeklerde daha yüksek olmasını fosfodiesteraz-5 inhibitörü ilaçların reklamının medyada yaygın yapılmasına, tedavilerin daha bilinir olmasına bağlayabiliriz. Tedavi maliyeti hakkında kadınların üçte birinden fazlası (%37), erkeklerin dörtte biri (%25,6) kararsız bulunmuştur. Tedavilerin pahalı olmadığını düşünenler kadınlarda yarıdan az (%44,7), erkeklerde yaklaşık yarısı (%55)’dir. Tedavilerin sağlığa zarar verip vermeyeceği hakkında her iki cinsiyette de katılımcıların yaklaşık dörtte biri kararsız olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızın sonuçlarında, katılımcılarımızın cinsel fonksiyon bozukluğuna yönelik tedaviler hakkında kararsız/çekimser kalanlar göze

çarpmaktadır ve danışanlarımıza bu konuda daha ayrıntılı bilgilendirme yapmamız gerektiğini söyleyebiliriz. Ayrıca çalışmamızın sonuçlarına göre tedavinin etkinliğine inanan ve pahalı olmadığını düşünenlerin CYKÖ puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,00$). Literatürde tedaviler ve maliyet hakkında bilgi eksikliğinin yardım aramanın önünde engel olduğuna dair çalışmamıza benzer sonuçlar mevcuttur [10, 129, 130]. Uluslararası bir araştırma olan Cinsel Tutum ve Davranışlar Küresel Araştırması (GSSAB), cinsel sorun için yardım arama engellerinin arasında, ilaçla çözüm bulunabileceğine inanmamanın da bulunduğunu ortaya çıkarmıştır ve çalışmamızla uyumludur [10]. Almanya’da kadınların cinsel sorunlar için tedavi arama davranışları üzerine Velten J. ve ark.’larının araştırmasında da tedavinin önündeki engeller cinsel sorunla ilgili olarak nereye başvuracağını bilmeme, tedavinin uzun zaman alacağını ya da rahatsız edici olacağını düşünme olarak bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak, Velten J. ve ark.’larının çalışmasında kadınların yalnızca az bir kısmı sağlık sigortası ve masraflarla ilgili nedenleri belirtmiştir [130]. (Bizim çalışmamızda ise katılımcıların geliri düzeyi arttıkça cinsel sağlık hakkında konuşmaya daha olumlu baktığı bulunmuştur) Bu durumu ülkelerin farklı sağlık sigortası politikaları ya da ekonomisi ile ilişkilendirebiliriz. Araştırmamızda, eğitim düzeyi ve olumlu bakış açısı arasındaki ilişki, yaptığımız regresyon analizi ile doğrulanmıştır. Düşük eğitim düzeyinin, etkin tedaviler ve tedavi maliyetleri konusundaki bilgisizliği de beraberinde getirebileceği ve bilgi eksikliğinin tedavi arayışına girmeyi engellediği sonucundan yola çıkarak, danışanlarımıza daha ayrıntılı bilgi vermemiz gerektiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda yaş ile engeller/bakış açısı anketi arasında negatif korelasyon saptanmıştır ($r = -0,359$, $p=0,00$); ileri yaşın cinsel sağlıkları hakkında konuşmakta bir engel olduğunu ifade edebiliriz. Yaptığımız regresyon analizi ile de bu sonuç doğrulanmıştır ve literatür ile uyumludur [131, 132]. Ülkemizde, 65 yaş ve üstü kronik hastalığı olan kadınların yaklaşık yarısının (%46,0) cinsel sorunlarını kimseye danışmadıklarını ve cinsel sağlık hakkında bilgi alma isteğinin de az olduğu çeşitli çalışmalarda saptanmıştır. Britanya Ulusal Cinsel Tutumlar ve Yaşam Tarzları Araştırmasında kadınlarda yardım arama yaygınlığının yaşla birlikte azaldığı görülürken (16-24 yaşlarındaki kadınların yaklaşık yarısı, 65-74 yaşlarındaki kadınların yaklaşık beşte biri), erkeklerde yaşla herhangi bir ilişki gözlenmemiştir [131]. Ridwan, S. ve ark. erektil disfonksiyonlu hastaların yarısından azının (% 46) tedavi arayışı içine girdiklerini bildirmiştir. Tedavi aramayan genç erkekler ED'nin kendiliğinden çözüleceğine inanırken, yaşlı erkekler ED'nin yaşlanmanın doğal bir parçası olduğunu düşündükleri için tedavi aramadıkları görülmüştür [132]. Benzer olarak,

Kore'de orta yaşlı ve yaşlı yetişkinler seksi yaşamın önemli bir parçası olarak gördüğünü belirtmesine rağmen, yardım aramamanın cinsel sorunun ciddi olmadığına inanma, sorundan rahatsız olmamaktan kaynaklandığı bulunmuştur [129]. Çalışmamızda cinsel sağlığını tartışamayacak kadar **yaşlı**ym diyenler kadınlarda %26,4, erkeklerde %10,9 ile sınırlı kalmıştır. Bu durum yaş ortalamamızın 50,25 olup nispeten genç olmasından kaynaklanabilir ya da katılımcılar cinselliği yaşamının önemli bir parçası olarak görüyor diyebiliriz.

Yaşlı yetişkinler profesyonel yardım aramadan önce genellikle yaşam tarzı değişiklikleri yaparak veya geleneksel tıp kullanarak cinsel sorunu kendi başlarına aşmaya çalışabilirler. Sağlık profesyonelleri tarafından olumsuz yargılanma korkuları daha baskın olabilir. Yaşlı bireylerin bakımında cinsellik genellikle atlandığı için daha genç bireylere göre cinsel yaşam kalitesi daha olumsuz etkilenebilir. Tüm bu nedenlerden dolayı yardım arama konusunda gecikmeler sık karşılaşılan bir durumdur. Bütüncül sağlık anlayışında cinsel konulara değinilmesi ve gerekirse danışmanlık verilmesi büyük öneme sahiptir.

Diyabetli Bireylerin Hekimleriyle Görüşmelerinden Beklenti/Tercih Durumuna İlişkin Özellikleri

Uzun yıllar boyunca cinsellikle ilgili hasta hekim ilişkisi doğum kontrolü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) veya hasta tarafından dile getirilen belirli bir endişenin ele alınmasıyla sınırlı kalmıştır [133]. Son yıllarda ise cinsel sağlık kavramı ortaya çıkmıştır. Çeşitli çalışmalarda hastaların cinsel sağlıkları hakkında hekime danışma tercihleri incelenmiştir. Bu sebeple cinsel sağlık sorunlarını dile getirmede hastaların tercihlerini bilmek önem taşımaktadır. Çalışmamızın bu bölümünde katılımcıların, hekimlerin cinsel sağlıkla ilgili anamnez almalarına ilişkin beklentilerini/ tercihlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Çeşitli çalışmalarda, hastaların konuyu sağlık profesyonellerinin gündeme getirmesini tercih ettiği görülmüştür ve bizim sonuçlarımızla uyumludur [7, 134, 136]. Amerika'da cinsel sağlık sorunlarını ele almada hastaların tercihleri üzerine aile hekimliğinde yapılan araştırmada [7], çalışmamıza benzer şekilde çoğu katılımcı, hekimlerin tüm hastalara cinsel kaygılarla ilgili sorular sorması gerektiğini, bu görüşmeleri hekimlerin başlatması ve tıbbi öykü formlarının cinsel kaygılarla ilgili bir soru içermesi gerektiğini belirtmiştir. Ancak, yaşlı hastaların " cinsel kaygılar hakkında yalnızca hastalar bunları gündeme getirdiğinde doktorların konuşması gerektiğini" kabul etme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Birinci basamakta yapılan başka bir çalışmada da ileri yaştaki bireylerin bu tür tartışmaları

nadiren kendilerinin başlattığı görülmüştür. Ayrıca çoğu kişinin cinsel konuları kendileriyle aynı yaş ve cinsiyette hekime danışmayı tercih ettiği de görülmüştür [136]. Araştırmamızda ise, tercih toplam puanı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak daha uzun DM süresi, daha yüksek toplam tercih puanıyla ilişkili bulunmuş ve regresyon analizi de istatistiksel anlamlı bulunmuştur (OR=0,664, p=0,01). Yaşın ilerlemesi ve daha uzun DM süresi arasındaki ilişki, literatürle bu farklılığa neden olmuş olabilir.

Yine, birinci basamakta cinsel sağlığın tartışılmasında hasta tercihlerini anlamak amaçlı yapılan bir araştırmada [137], çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların çoğu doktorların tüm hastalara cinsel işlev bozukluğu hakkında bilgi vermesi (%74) ve hastalara cinsel işlev bozukluğu olup olmadıklarını sorması (%69) gerektiğini tercih etmiştir. Ancak çalışmamızdan farklı olarak, katılımcıların yaklaşık yarısı (%58'i) konuşmayı kendilerinin başlatmasını tercih etmiştir ve tartışmayı kimin başlatması gerektiği konusunda bölünmüşlerdir diyebiliriz. Tahmin edilebileceği üzere, cinsel disfonksiyon hakkında konuşmayı doktorun başlatmasını tercih edenler, aynı zamanda doktorların tüm hastalara cinsel fonksiyon bozukluğu hakkında bilgi vermesi ve tüm hastalara semptomları olup olmadığını sormaları gerektiğini tercih etmişlerdir. İlginç olarak, konuşmayı kendileri başlatmayı tercih edenler de doktorların tüm hastalara CİB'ler hakkında bilgi vermesini ve tüm hastalara CİB semptomları olup olmadığını sormasını tercih etmişlerdir. Bu durumun sebebi, hastaların asıl endişesinin hekimlerin cinsel sorunlarını önemsiz olarak gördüğünü düşünmeleri de olabilir [135]. Bu sebeple katılımcılar, konuyu ilk önce hekimlerin gündeme getirmesini tercih ediyor olabilir.

Özetle, hastaların önemli bir kısmının doktorların başlatmasını tercih ettiğini ve kendisinin başlatmasını tercih eden hastaların bile hekimlerden gelen ilgili bilgi veya sorulara itiraz etmedikleri görülmüştür. Hasta merkezli iletişim ve açık uçlu sorular ile hekimlerin konuyu gündeme getirmeleri önemle vurgulanmaktadır. Tüm bu veriler, literatürde ve bizim çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun çeşitli sebeplerden cinsel sağlıklarının hekimler tarafından sorgulanmasını tercih etmesini, tıbbi öyküde uygun bir soru ile konuyu hekimlerin dile getirmesini tercih ettiğini açıklayabilir.

Diyabetli Bireylerin Cinsel Sağlıkları Hakkında Aldıkları Sağlık Hizmeti Deneyimlerine İlişkin Özellikler

Rıdwan, S. ve ark.'larının 6 ülkede 1938 erektil disfonksiyonlu hastayla yaptığı çalışmada, hastaların yarısından azının (% 46) tedavi arayışı içine girdikleri bildirilmiştir [132]. Bu

oran Amerika'da % 56, Etiyopya'da %25, Almanya'da ise yalnızca %21 bulunmuştur [76, 138]. 16-74 yaş arasındaki Britanya nüfusunda, cinsel sorun yaşayan kadın ve erkeklerin sadece yarısından azı cinsel yaşamları için yardım/tavsiye aradıklarını bildirmiştir [131]. Ürdün'de diyabetik erkeklerin çoğunluğun (%84,8) cinsel sağlığını tartışmaya istekli olmasına rağmen, son 1 yıl içinde diyabetli hastaların çok azının (%9,7) doktorları tarafından ED konusunda soru sorulduğunu gösterilmiştir [9]. Çalışmamızda, hekimleri ile bu konuda konuşan katılımcılarımızın çoğunluğu, hekimlerin cinsel sağlıklarını sorgulamalarından rahatsızlık duymadığını belirtmiştir. Ayrıca çalışmamızda, katılımcıların çoğunluğu hekimlerin cinsel sağlıkları ile ilgili kendilerine soru yöneltmesini tercih edeceğini bildirmiştir. Bu bulgulara rağmen çalışmamızda, kadınların çoğunluğu (%62,4), erkeklerin yaklaşık yarısı (%40,3) cinsel sağlıkları hakkında hekimlerinin hiç sorgulamadığını, doktorlarıyla hiç konuşmadığını belirtmiştir ve literatürle benzerdir. Bu bulgular, karşılanmamış büyük bir ihtiyacı göstermektedir. Yaş, cinsiyet, doktorun tutumu, uzmanlık alanı (aile hekimi, jinekolog veya ürolog) ve birinci basamak ortamındaki koşullar (zaman ve mahremiyet) gibi özelliklerin, hastaların bu konuyu tartışma istekliliğini ve rahatsız olup olmasını önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir [139]. Almanya'da birinci basamakta hekimlerinin çoğunlukla aşırı iş yükü, zaman eksikliği ve utanma ve hastaları kırma korkusu gibi iç engeller nedeniyle rutin olarak cinsel sorunları ele almadıkları gösterilmiştir [103]. Başka bir çalışmada da hekimler esas olarak zaman yetersizliğinden ve dil/etnik kökenle ilgili sorunlardan dolayı rutinde konuşmadıklarını belirtmiştir [105]. Bu bulgulardan yola çıkarak hem hastaların hem hekimlerin cinsel sağlıkla ilgili konuşmayı başlatmada güçlük yaşadığını ve çeşitli engellerden dolayı karşı taraftan beklenti içinde olabileceğini ifade edebiliriz.

Başka bir araştırmada, kendilerinin bildirdiği cinsel zorluklar hakkında yardım arayan kadın ve erkekler tarafından bildirilen ilk üç yardım kaynağı pratisyen hekim/aile hekimi, aile/arkadaşlar ve internet olarak bulunmuştur ve sıralamanın yaşa göre değişebileceği bildirilmiştir. 35 yaş ve üzeri katılımcılar bir hekimden yardım almayı tercih ederken, 35 yaş altı katılımcılar aileden/arkadaşlarından yardım almayı tercih ettiği görülmüştür [131]. Bu bulgu, genç nesillerin internetten bilgiye erişme konusunda daha rahat olmalarından kaynaklanabilir. İnternette yardım arama düzeyi nispeten düşük olsa da, internet erişimi ve akıllı telefon sahipliği her yıl artmaya devam ettiğinden, muhtemelen her yıl artmaktadır. Genç hastaların önce internete başvurma eğiliminde olmaları, yine cinsel utanç ve seks hakkında konuşmayla ilgili tabular da olabilir. Ancak, hekimler

açısından bakacak olursak, Hollandalı pratisyen hekimlerin yaklaşık yarısının 16-35 yaş arası kronik hastalığı olan hastalarla cinsel işlev bozukluğunu tartışmamış olduğu, yarısından fazlasının da >76 yaş hastalarla tartışmamış olduğu görülmüştür. Bu durumun, hekimlerin gençlerin cinsel fonksiyon bozukluklarından etkilenme olasılığının düşük olduğunu mu varsaydığı, yoksa cinsel fonksiyon bozukluğu olan yaşlı kişilerin yardıma ihtiyacı olmadığını mı varsaydığı gelecekteki araştırmalarda araştırılması gerekmektedir [105].

Çalışmamızda, cinsel sağlıkları hakkında en çok iletişim kurulan hekim branşı kadınlarda kadın hastalıkları uzmanı (%28,4) olurken, erkeklerde (%39,5) üroloji olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinden bilgi aldığını belirtenler, çalışmamızda oldukça düşük çıkmıştır (K: %4,1, E:%4,7). Hastaların da hekimlerin de cinsel sağlıkla ilgili konuşmayı başlatmada güçlük yaşadığını ve çeşitli engellerden dolayı karşı taraftan beklenti içinde olabileceğini ifade edebiliriz. Bizler birinci basamakta hastayı bütüncül yaklaşımla ele almalıyız. Birinci basamak ortamında, uygun koşullarda (zaman ve mahremiyet gibi), hasta merkezli iletişim ve açık uçlu sorular ile konuyu gündeme getirmeli, diyabetik hastaların cinsel fonksiyon bozukluklarını normal popülasyona göre daha sık yaşamalarının normal olduğu bilgisini danışanlarımıza aktarmalıyız.

6. SONUÇLAR

Diyabetes mellitüs, düşük cinsel yaşam kalitesi için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda, birinci basamak sağlık hizmeti ortamında cinsel sağlık konularının tartışılmasını engelleyen hastalarla ilgili faktörleri incelemeye çalıştık ve hastaların cinsel sağlıklarını ele almanın rutin bakımın bir parçası olması gerektiği sonucuna varılmıştır. Öncelikle hekimlerin, DM sonucu cinsel sorunların ortaya çıkma ihtimaline daha fazla dikkat etmeleri gerekmektedir. Hastalara diğer komplikasyonlar hakkında bilgi verilirken cinsel sorunlar hakkında da bilgi verilmesi ve bunun genel diyabet bakımının "normal" bir parçası haline getirilmesi gerekmektedir. Hekimler olarak, uygun bağlam ve koşullar sağlandığında hastalara doğrudan ve açık bir şekilde bu konuyu tartışmak isteyip istemediklerini sormamız gerekmektedir. Cinsel sağlık hakkında hasta-hekim iletişimin geliştirilmesi için, ülkemizde ileri çalışmalar planlanabilir.

Ülkemizde, cinsel fonksiyon bozuklukları hakkında soru sorulan diyabetli hastaların oranı veya cinsel disfonksiyonu doktorlarıyla tartışmaya istekli olup olmadıkları, doktorlarıyla konuşurken karşılaştıkları engelleri anlatan çalışmalar konusunda literatürde eksiklik bulunmaktadır ve gelecekte çalışmalar planlanması önerilir.

7. KAYNAKÇA

1. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu, 2020
2. WHO, Dünyada Diyabet Prevalansı, 2013. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. Berek JS. Berek ve Novak'ın jinekolojisi. 14. baskı. Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins; 2012.1
4. Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Simbar M, Malek Afzali H. Cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili faktörler; İran üreme çağındaki kadınlarda popülasyona dayalı bir çalışma. Ark İran Med. 2014;17(10):679–84.
5. Appa AA, Creasman J, Brown JS, Van Den Eeden SK, Thom DH, Subak LL, Huang AJ. Orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda multimorbiditenin cinsel işlev üzerindeki etkisi: tek hastalık perspektifinin ötesinde. J Seks Med. 2014;11(11):2744–55
6. Y. Kouidrat, D. Pizzol, T. Cosco, T. Thompson, M. Carnaghi, A. Bertoldo, M. Solmi, B. Stubbs, N. Diyabette erektil disfonksiyonun yüksek prevalansı: 145 çalışmanın sistematik bir incelemesi ve meta-analizi. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dme.13403>
<https://doi.org/10.1111/dme.13403>
7. Ryan KL, Arbuckle-Bernstein V, Smith G, Phillips J. Hadi Seks Hakkında Konuşalım: Aile Hekimliği Uzmanlık Programı Ofisinde Cinsel Sağlık Sorunlarını Ele Alırken Hastaların Tercihleri Üzerine Bir Araştırma. PRIMER. 2018;2:23. <https://doi.org/10.22454/PRIMER.2018.728252>
8. Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Shegem NS, Ajlouni KM. Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women. Diabetes Care. 2008 Aug;31(8):1580-1. doi: 10.2337/dc08-0081. Epub 2008 May 5. PMID: 18458140; PMCID: PMC2494660.
9. Almigbal TH, Schattner P (2018) Tip 2 diyabetli Suudi erkeklerin erektil disfonksiyonu doktorlarıyla tartışma istekliliği ve bunu etkileyen faktörler. PLoS ONE 13(7): e0201105. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201105>
10. Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors E.D. Moreira Jr., 1 G. Brock, 2 D.B. Glasser, 3 A. Nicolosi, 4,5 E.O. Laumann, 6 A. Paik, 7 T. Wang, 6 C. Gingell, 8 For the GSSAB Investigators' Group. 2005;59:6–16. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2005.00382.x>]
11. Kömürücü N, Demirci N, Yıldız H, Gün Ç. Türkiye'deki hemşirelik dergilerinden cinselliğe bakış: Bir literatür incelemesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2014;11(1):9-17

12. Akarsu RH, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni* 2016;18(65):134–137.
13. Aygin D, Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005;25:393-399.)
14. Şahin, NH, Özcan, S., Yılmaz, SD *ve ark.* Diyabet Sağlık Çalışanlarının Cinsel Sağlık Konusunda Tutumları ve Engelleri. *Cinsiyet Engelli* **29** , 3–9 (2011). <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9192-2>
15. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2021
16. Powers, Alvin C., et al. "Diabetes Mellitus: Diagnosis, Classification, and Pathophysiology." *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 20e Eds. J. Larry Jameson, et al. McGraw-Hill, 2018.
17. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 9th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2019
18. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002;25:1551–6.
19. Dr. Mehmet Birhan Yılmaz,¹ Dr. Mustafa Kılıçkap,² Dr. Adnan Abacı,³ *Türk Kardiyol Dern Ars* 2018;46(7):546-555 Türkiye’de diabetes mellitus epidemiyolojisinin zamana bağlı değişimi: Bir sistematik derleme ve meta-analiz),
20. Satman, İ., et al. "Turdep-II Sonuçlarının Özeti." Çalışma Grubu adına, Prof. Dr. İlhan Satman (2010))
21. Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No 1070, Ankara; 2017.
22. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *American Diabetes Association Diabetes Care*. 2020Jan; 43(Supplement 1): S14-S31.
23. Amerikan Diyabet Derneği; 2. Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanısı: *Diyabette Tıbbi Bakım Standartları—2018 . Diyabet Bakımı* 1 Ocak 2018; 41 (Ek_1): S13–S27)
24. Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, Landgraf R, Nauck M, Freckmann G, Heinemann L, Schleicher E. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019 Dec;127(S 01):S1-S7. doi: 10.1055/a-1018-9078. Epub 2019 Dec 20. PMID: 31860923.
25. Olokoba, A. B., Obateru, O. A. and Olokoba, L. B. (2012). Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Current Trends. *Oman Medical Journal*, 27(4), 269-273.)

26. Kahn CR. Insulin Action, Diabetogenes, and the Cause of Type II Diabetes. *Diabetes*. 1994 ;43(8):1066-84. doi: 10.2337/diab.43.8.1066.2
27. Scheen AJ. Pathophysiology of type 2 diabetes. *Acta Clin Belg*. 2003;58(6):335-41. doi: 10.1179/acb.2003.58.6.001).
28. Kahn SE, Cooper ME, Del Prato S. Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. *Lancet*. 2014;383(9922):1068-83. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62154-6
29. Li Y, Xu W, Liao Z, Yao B, Chen X, Huang Z, et al . Induction of Longterm Glycemic Control in Newly Diagnosed Type 2 Diabetic Patients Is Associated With Improvement of -Cell Function. *Diabetes Care*.2004;27(11):2597-602.doi: 10.2337/diacare.27.11.2597.
30. Lin, Y. and Sun, Z. (2010). Current Views on Type 2 Diabetes. *Journal of Endocrinology*, 204, 1-11.
31. American Diabetes Association. (ADA). (2011). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*; 34(1):11-61.
32. Gündler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Bir doğum öncesi bakım polikliniğinde ayakta tedavi gören gebelerde cinsel işlev bozukluklarının sıklığı ve ilişkili faktörler. *Jinekoloji ve Obstetrícia Brasileira'yı gözden geçirin*. 2019; 41(09):555-63. [DOI:10.1055/s-0039-1695021].
33. Zare Ö, Simbar M, Özgölü G, Bahar A, Alavi Majd H. Gestasyonel Diyabet, Gebe Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğunun Bir Öngörücüsü Olarak. *J Holist Nurs Ebelik* 2021; 31 (2) :114-123
34. Souza FO, Dias LAR, Franco MM, et al. *J Sex Med* 2013; 10: 1350–4
35. Olgun, N. (2012). Diyabet (Tip 2) ve Bakım. (Durna, Z. Ed.). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
36. Kitabchi AE, Duvar BM. Diyabetik ketoasidoz. *Med Clin Kuzey Am*. 1995; 79 (1):9–
37. [[PubMed](#)]
37. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barrett EJ, Kreisberg RA, Malone JI, Wall BM. Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes. *Diabetes care*. 2001;24(1):131–153. [[PubMed](#)]
38. Kitabchi AE, Nyenwe EA. Hyperglycemic crises in diabetes mellitus: diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2006;35(4):725–751. viii. [[PubMed](#)]
39. Foster DW, McGarry JD. The metabolic derangements and treatment of diabetic ketoacidosis. *N Engl J Med*. 1983;309(3):159–169. [[PubMed](#)]

40. Umpierrez G, Freire AX. Abdominal pain in patients with hyperglycemic crises. *Journal of critical care*. 2002;17(1):63–67. [PubMed]
41. Campbell IW, Duncan LJ, Innes JA, MacCuish AC, Munro JF. Abdominal pain in diabetic metabolic decompensation. Clinical significance. *JAMA*. 1975;233(2):166–168. [PubMed].
42. Rosenbloom AL. Intracerebral crises during treatment of diabetic ketoacidosis. *Diabetes care*. 1990;13(1):22–33. [PubMed]
43. Barrett EJ, DeFronzo RA. Diabetic Ketoacidosis: Diagnosis and Treatment. *Hosp Pract*. 1984;19(4):89-95,99-104. doi: 10.1080/21548331.1984.11702796.)
44. Schade DS, Eaton RP. The temporal relationship between endogenously secreted stress hormones and metabolic decompensation in diabetic man. *J Clin Endocrinol Metab*. 1980;50(1):131–136. [PubMed]
45. McGarry JD, Dobbins RL. Fatty acids, lipotoxicity and insulin secretion. *Diabetologia*. 1999;42(2):128–138. [PubMed]
46. Salpeter SR, Greyber E, Pasternak GA, Salpeter EE. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;2010(4):CD002967.
47. Scale T, Harvey JN. Diabetes, metformin and lactic acidosis. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2011;74(2):191-6
48. Seaquist, E. R., Anderson, J., Childs, B., Cryer, P., Dagogo-Jack, S., Fish, L., ... Vigersky, R. (2013). Hypoglycemia and Diabetes: A Report of a Workgroup of the American Diabetes Association and The Endocrine Society. *Diabetes Care*, 36(5), 1384–1395.
49. Hepburn DA, Deary IJ, Frier BM, et al. Symptoms of acute insulin-induced hypoglycemia in humans with and without IDDM. Factor-analysis approach. *Diabetes Care* 1991; 14:949
50. Umpierrez, G., Korytkowski, M. Diabetic emergencies — ketoacidosis, hyperglycaemic hyperosmolar state and hypoglycaemia. *Nat Rev Endocrinol* **12**, 222–232 (2016). <https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.15>)
51. International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas. 6th Ed. De Visu Digital Document Design. Brussels, Belgium; 2013: p24-6.
52. L. P. Lowe, K. Liu, P. Greenland, B. E. Metzger, A. R. Dyer, and J. Stamler, “Diabetes, asymptomatic hyperglycemia, and 22-year mortality in black and white men:

- the Chicago Heart Association Detection Project in industry study,” *Diabetes Care*, vol. 20, no. 2, pp. 163–169, 1997.
53. M. Wei, S. P. Gaskill, S. M. Haffner, and M. P. Stern, “Effects of diabetes and level of glycemia on all-cause and cardiovascular mortality: The San Antonio heart study,” *Diabetes Care*, vol. 21, no. 7, pp. 1167–1172, 1998.
54. N. J. Morrish, S.-L. Wang, L. K. Stevens, J. H. Fuller, and H. Keen, “Mortality and causes of death in the WHO multinational study of vascular disease in diabetes,” *Diabetologia*, vol. 44, Supplement 2, pp. S14–S21, 2001.
55. S. M. Haffner, S. Lehto, T. Rönnemaa, K. Pyörälä, and M. Laakso, “Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction,” *The New England Journal of Medicine*, vol. 339, no. 4, pp. 229–234, 1998.
56. Dou Huang, Marwan Refaat, Kamel Mohammedi, Amin Jayyousi, Jassim Al Suwaidi, Charbel Abi Khalil, "Macrovascular Complications in Patients with Diabetes and Prediabetes", *BioMed Research International*, vol. 2017, Article ID 7839101, 9 pages, 2017.
57. Ünal, Elif, Onur Akan, and Serap Üçler. "Diyabet ve nörolojik hastalıklar." *Okmeydanı Tıp Dergisi* 31 (2015) 45-51.
58. 29. World Health Organization and Alzheimer’s Disease International. Dementia. A public health priority. Available at: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/. Accessed 18 Aug 2013.
59. Önder F. Diyabetik retinopati Yenigün M, Altuntas Y, Her Yönüyle Diyabetes Mellitus Nobel kitabevi
60. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2019 RETİNOPATİ 7-17 116
61. Ideta R, Yamashita H, Tanaka Y, et al. Roles of cytokines in diabetic retinopathy. *Arch Ophthalmol*, 117: 700, 1999) ve nefropatide (Border, W. A. and Noble, N. A.: Evidence that TGF-beta should be a therapeutic target in diabetic nephropathy. *Kidney Int* 1998;54:1390)
62. Vafaeimanesh J, Raei M, Hosseinzadeh F, et al. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism* / Mar-Apr 2014
63. Defeudis G, Mazzilli R, Tenuta M, Rossini G, Zamponi V, Olana S, Faggiano A, Pozzilli P, Isidori AM, Gianfrilli D. Erectile dysfunction and diabetes: A melting pot of

- circumstances and treatments. *Diabetes Metab Res Rev*. 2022 Feb;38(2):e3494. doi: 10.1002/dmrr.3494. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34514697; PMCID: PMC9286480.)
64. Antonucci M, Palermo G, Recupero SM, et al. Kronik son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda ve böbrek nakli alıcılarında erkek cinsel işlev bozukluğu . *Arch Ital Urol Androl* . 2016; 87 (4):299-305.
65. Palmer BF. Kronik böbrek hastalığı olan erkeklerde hipogonadizm ile ilişkili sonuçlar . *Adv Kronik Böbrek Hastalığı* . 2004; 11 (4):342-347.
66. Mambelli E, Barrella M, Facchini MG, ve diğerleri. Hemodiyaliz hastalarında periferik nöropati prevalansı . *Clin Nefrol* . 2012; 77 (6):468-475.)
67. Chuang YC, Chung MS, Wang PW, Lee WC, Chen CD, Chang HW, et al. Albüminüri, tip 2 diyabetli erkeklerde erektil disfonksiyonun bağımsız bir risk faktörüdür. *J Seks Med*. 2012; 9 :105564. [[PubMed](#)).
68. Thomas MC, Brownlee M, Susztak K, Sharma K, Jandeleit-Dahm KA, Zoungas S, Rossing P, Groop PH, Cooper ME. Diabetic kidney disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Jul 30;1:15018. doi: 10.1038/nrdp.2015.18. PMID: 27188921; PMCID: PMC7724636
69. Bleustein CB, Arezzo JC, Eckholdt H, Melman A. Eretil disfonksiyonun nöropatisi . *Int J Impot Res* . 2002; 14 (6):433-439.
70. Yenigün M, Ener M, Diyabetes Mellitus ve erektil fonksiyon bozuklukları Yenigün M, Altuntas Y, Her Yönüyle Diyabetes Mellitus Nobel Kitabevi _istanbul 2001; 479-502
71. Said G. Diabetic neuropathy-A Review. *Nat Clin Prac Neurol* 2007;3:331-340. <http://dx.doi.org/10.1038/ncpneuro0504>
72. Şahin M, Şahin ZA. Effect of sexual dysfunction and sexual quality of life in type 2 diabetes women: A pilot study from Turkey. *Int J Diabetes Dev Ctries* 2015;35(3):424-430. (<https://doi.org/10.1007/s13410-015-0392-2>)
73. Tyrer G, Steel JM, Ewing DJ, Bancroft J, Warner P, Clarke BF. Sexual responsiveness in diabetic women. *Diabetologia* 1983;24:166-171.
74. Meeking DR, Fosbury JA, Cummings MH. Sexual dysfunction and sexual health concerns in women with diabetes. *Practical Diabetes* 2013;30:327-331. <http://dx.doi.org/10.1002/pdi.1805>
75. Muniyappa R, Norton M, Dunn ME, Banerji MA. Diabetes and female sexual dysfunction: moving beyond “benign neglect”. *Curr Diab Rep* 2005;5:230-236. <http://dx.doi.org/10.1007/s11892-005-0014-3>
76. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-544

77. Rockliffe-Fidler C, Kiemle G. Sexual function in diabetic women: a psychological perspective. *Sex Relation Ther* 2003;18:143-159. <http://dx.doi.org/10.1080/1468199031000099415>
78. Ponholzer A, Temml C, Mock K, Marszalek M, Obermayr R, Madersbacher S. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in 2869 men using a validated questionnaire. *Eur Urol* 2005;47:80-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2004.08.017>
79. Sargın M, Sargın H, Türkbörü Ü, Alp R. Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in Type 2 diabetic men: A hospital based study. *Endokrinolojide Yönelişler* 2004;13:128-30.)
80. Giugliano F, Maiorino M, Bellastella G, Gicchino M, Giugliano D, Espoksito K. Determinants of erectile dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res* 2010;22:204-9
81. Özcan, L. ve Polat, E. C. (2015). Diyabet ve cinsel yaşam. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı), 57-62. <https://dx.doi.org/10.5222/otd.2015.057>).
82. Cortelazzi, D., A. Marconi, and M. Guazzi. "Premenopoz diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğu: Klinik, metabolik, psikolojik, kardiyovasküler ve nörolojik ilişkiler." *Acta Diabetol* (2013)
83. Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*; 72 (1): 52-57.
84. Bacon, C.G., Murray, A., Mittleman, M.A., Kawachi, I., Giovannucci, E., Glasser, D.B., Rimm, E.B. (2003). Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med*; 139:161-168
85. Bacon CG, Hu FB, Giovannucci E, Glasser DB, Mittleman MA, Rimm EB: Büyük bir erkek kohortunda diyabet tipi ve süresinin erektil disfonksiyon ile ilişkisi. *Diyabet Bakımı* 25:1458–1463, 2002
86. Allen MS, Walter EE. Health-Related Lifestyle Factors and Sexual Dysfunction: A Meta-Analysis of Population-Based Research. *J Sex Med*. 2018 Apr;15(4):458-475. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.02.008. Epub 2018 Mar 6. PMID: 29523476.
87. Salari N, Hasheminezhad R, Abdolmaleki A, Kiaei A, Shohaimi S, Akbari H, Nankali A, Mohammadi M. The effects of smoking on female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2022 Dec;25(6):1021-1027. doi: 10.1007/s00737-022-01281-1. Epub 2022 Nov 29. PMID: 36445469.

88. Celikhisar H, Dasdemir Ilkhan G, Irer B (2021) Effects of smoking cessation on sexual functions and health quality of life in premenopausal women: a prospective case - Controlled study. *Int J Clin Pract* 75(3):e13796.
89. Ghadigaonkar DS, Murthy P (2019) Sexual dysfunction in persons with substance use disorders. *J Psychosexual Health* 1(2):117–121.
90. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GL, Carosa E et al (2020) Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reprod Biol Endocrinol* 18(1):10.
91. Giraldi A, Persson K, Werkström V, Alm P, Wagner G, Andersson KE. Effects of diabetes on neurotransmission in rat vaginal smooth muscle. *Int J Impot Res* 2001;13:58-66
92. Park K, Ahn K, Chang JS, Lee SE, Ryu SB, Park YI. Diabetes induced alteration of clitoral hemodynamics and structure in the rabbit. *J Urol* 2002;168:1269-1272. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)64638-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(05)64638-1)
93. Feldhaus-Dahir M. The causes and prevalence of hypoactive sexual desire disorder: part I. *Urol Nurs* 2009;29:259-263.
94. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet* 2007;369:597-611.
95. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54-61.
96. Gandhi J, Dagur G, Warren K, Smith NL, Sheynkin YR, Zumbo A, Khan SA. The Role of Diabetes Mellitus in Sexual and Reproductive Health: An Overview of Pathogenesis, Evaluation, and Management. *Curr Diabetes Rev.* 2017;13(6):573-581. doi: 10.2174/1573399813666161122124017. PMID: 27875946.)
97. Thorve VS, Kshirsagar AD, Vyawahare NS, Joshi VS, Ingale KG, Mohite RJ. Diabetes-induced erectile dysfunction: epidemiology, pathophysiology and management. *J Diabetes Complications* 2011;25:129-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2010.03.003>
98. Malavige LS, Levy JC. Erectile dysfunction in diabetes mellitus. *J Sex Med* 2009;6:1232-1247.
99. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, et al; DCCT/EDIC Research Group. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care* 2009;32:780-785. <http://dx.doi.org/10.2337/dc08-1164>

100. Siu SC, Lo SK, Wong KW, Ip KM, Wong YS. Prevalence of and risk factors for erectile dysfunction in Hong Kong diabetic patients. *Diabet Med* 2001;18:732-738. <http://dx.doi.org/10.1046/j.0742-3071.2001.00557.x>
101. Sadovsky R, Nusbaum M. Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *J Sex Med*. 2006 Jan;3(1):3-11.
102. Sönmez, B. ve Kasım, İ. (2013). Diabetes Mellitus'lu Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumları ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 119-124.
103. Zannoni R, Dobberkau E, Kaduszkiewicz H, Stirn AV. Addressing Sexual Problems in German Primary Care: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*. 2021 Jan-Dec;12:21501327211046437.
104. Alizadeh, NS , Arasteh, M. , Mohsenpour, B. , Karimian, F. ve Alizadeh, NS (2013). Diyabetik ve diyabetik olmayan kadınlar arasındaki cinsel işlev bozukluğunun karşılaştırılması . *Mid-Life Health Dergisi*, 4, 167 – 171 .
105. Barnhoorn PC, Prins IC, Zuurveen HR, Oudsten BLD, Ouden MEMD, Numans ME, Elzevier HW, van Ek GF. Let's talk about sex: exploring factors influencing the discussion of sexual health among chronically ill patients in general practice. *BMC Prim Care*. 2022 Mar 19;23(1):49. doi: 10.1186/s12875-022-01660-8. PMID: 35305576; PMCID: PMC8934468.
106. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther*. 2005; 31: 385-97
107. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması *Cumhuriyet Tıp Dergisi Cumhuriyet Tıp Derg* 2010; 32: 172-180 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/47694>
108. Abraham L, Symonds T, Morris MF. Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2008;5(3):595-601.
109. Kilic A, Tastan S, Ayhan H, Seven M, Tastan B. Reliability and validity of a Turkish version of the Sexual Quality of Life - Male questionnaire: a methodological study. *Sex Health*. 2018 Nov;15(5):413-419. doi: 10.1071/SH18074. PMID: 30292249.
110. Çelik, S., Gölbaşı, Z., Kelleci, M. et al. Diyabetli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ve Cinsel Yaşam Kalitesi: Bir Diyabet Merkezine Dayalı Çalışma

111. B k E, M ynarska A, Sternal D, Kad ubowska M, Marcisz-Dyla E, Marcisz C. Sexual Function and Sexual Quality of Life in Premenopausal Women with Controlled Type 1 and 2 Diabetes—Preliminary Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(5):2536. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052536>
112. Hacıköylü, K., DoĒan, N. (2022). 65 ya  üzeri kronik hastalığı olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin belirlenmesi, *Androl Bul* 2022;24:97–102 <https://doi.org/10.24898/tandro.2022.24572>),
113. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Orzechowska M, Cwalina U ve Jasinski M (2018) Bialystok, Polonya'da 60 Ya   zeri Sakinler  rneĒinde Cinsel Yaşam Kalitesi, Cinsel Bilgi ve Ya lı Yetişkinlerin Tutumları. * n. Psikol* . 9:483. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00483
114. Paul Enzlin, Chantal Mathieu, Koen Demytteeanere; Diyabet ve Kadın Cinsel İşlevleri: Son Teknoloji. *Diabetes Spectr* 1 Ekim 2003; 16 (4): 256–259. <https://doi.org/10.2337/diaspect.16.4.256>) lı ma. *Cinsiyet Engelli* 33 , 233–241 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9383-3>
115. Kaplan Serin, E., Duman, M. & Yılmaz, S. Diyabetli ve Diyabetsiz Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu. *Cinsiyet Engelli* 38 , 625–635 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09663-y>
116. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, ve diĒerleri. Cinsel işlev bozukluĒuna ilişkin tanımlar/epidemiyoloji/risk faktörleri. *J Seks Med* . 2010;7(4 Bölüm 2):1598–1607.
117. Shiferaw WS, Akalu TY, Petrucka PM, Areri HA, Aynalem YA. Risk factors of erectile dysfunction among diabetes patients in Africa: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Transl Endocrinol*. 2020 Jul 3;21:100232. doi: 10.1016/j.jcte.2020.100232. PMID: 32685380; PMCID: PMC7358381.
118. Al-Hunayan A., Al-Mutar M., Kehinde EO, Thalib L., Al-Ghorory M. Yeni teşhis edilen tip 2 diyabetli erkeklerde erektil disfonksiyonun prevalansı ve öngörücüleri. *BJU Uluslararası* 2007; 99 (1):130–134.)
119. Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R. ve Chenco, C. (2013). Ya lı yetişkinlerde cinsellik: Bir eĒitim müdahalesinin yatılı ya lı bakımı personelinin tutum ve inançları üzerindeki etkisi. *EĒitim Gerontol*. 39, 82–91. doi: 10.1080/03601277.2012.682953
120. Sevinç, N. , Korkut, B. ve Oral, B. (2021). Üreme  aĒındaki evli kadınlarda genital hijyen davranışı ve cinsel yaşam kalitesi . *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 18 (2), 256 – 261 . <https://doi.org/10.35440/hutfd.932253>

121. Owiredun WKBA, Alidu H, Amidu N, Obirikorang C, Gyasi-Sarpong CK, Bawah AT, Dapare PPM, Luuse AT. Sexual dysfunction among diabetics and its impact on the SQoL of their partners. *Int J Impot Res*. 2017 Nov;29(6):250-257. doi: 10.1038/ijir.2017.32. Epub 2017 Aug 17. PMID: 28814813.)
122. Sivrikaya SK, Ünsal A, Karabulutlu EY. Tip 2 diabetes mellituslu Türk kadınlarında cinsel işlev bozukluğu ve depresyon. *Seks Engelli*. 2014;32:3–13 .
123. Zincir H, Özkan F, Kaya EZ, Seviğ Ü. Eğitim durumu ve gelir düzeyi düşük olan ve ailesinde engelli bireyler bulunan kadınların cinsel yaşamları ve aile işlevleri. *Seks Engelli*. 2011;29:197–206.
124. Yáñez, D., Castelo-Branco, C., Hidalgo, LA, Chedraui, PA: Orta yaşlı Ekvadorlu bir kadın kohortunda cinsel işlev bozukluğu ve ilgili risk faktörleri. *J. Obstet. Ginekol*. **26** (7), 682–686 (2006)
125. Owiredun WK, Amidu N, Alidu H, Sarpong C, Gyasi-Sarpong CK. Determinants of sexual dysfunction among clinically diagnosed diabetic patients. *Reprod Biol Endocrinol*. 2011 May 25;9:70. doi: 10.1186/1477-7827-9-70 PMID: 21612653; PMCID: PMC3118328.)
126. Hippisley-Cox J, Yates J, Pringle M, Coupland C, Hammersley V. Sex inequalities in access to care for patients with diabetes in primary care: questionnaire survey. *Br J Gen Pract*. 2006 May;56(526):342-8. PMID: 16638249; PMCID: PMC1837842.
127. Rutte A, Welschen LM, van Splunter MM, Schalkwijk AA, de Vries L, Snoek FJ, Enzlin P, Nijpels G, Elders PJ. Type 2 Diabetes Patients' Needs and Preferences for Care Concerning Sexual Problems: A Cross-Sectional Survey and Qualitative Interviews. *J Sex Marital Ther*. 2016 May 18;42(4):324-37. doi: 10.1080/0092623X.2015.1033578. Epub 2015 Apr 7. PMID: 25849308.
128. Lindau, S.T., Tang, H., Gomero, A., Vable, A., Huang, E.S., Drum, M.L., ... Chin, M. H. (2010). Sexuality among middle age and older adults with diagnosed and undiagnosed diabetes: A national, population-based study. *Diabetes Care*, 33, 2202–2210.
129. Moreira ED Jr, Kim S-C, Glasser D ve Gingell C. Kore'de 40-80 yaşlarındaki erkek ve kadınlarda cinsel aktivite, cinsel sorunların yaygınlığı ve ilişkili yardım arama kalıpları: Küresel Cinsel Tutum Araştırmasından Veriler ve Davranışlar (GSSAB). *J Sex Med* 2006;3:201–211
130. Velten J, Margraf J. Exploring barriers and facilitators to women's intention and behavior to seek treatment for distressing sexual problems. *PLoS One*. 2023 Jul

18;18(7):e0288205. doi: 10.1371/journal.pone.0288205. PMID: 37463132; PMCID: PMC10353825.

131. Hobbs LJ, Mitchell KR, Graham CA, Trifonova V, Bailey J, Murray E, Prah P, Mercer CH. Help-Seeking for Sexual Difficulties and the Potential Role of Interactive Digital Interventions: Findings From the Third British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *J Sex Res.* 2019 Sep;56(7):937-946. doi: 10.1080/00224499.2019.1586820. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30907691; PMCID: PMC6816537.

132. Rıdwan S, Micheal A, Edward O. Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. *BJU Int.* 2004; 94:1055- 1056

133. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Birinci basamak hekimleri arasında cinsel öykü alma. *J Natl Med Doç.* 2006;98(12):1924-1929.

134. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giraldi A, Kingsberg SA, Larkin L, ve diğerleri, editörler. Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Araştırmaları Derneği Kadınlarda Cinsel Kaygıların ve Sorunların Belirlenmesine Yönelik Bakım Süreci. Mayo Kliniği Bildirileri; 2019: Elsevier.

135. Gore-Gorszewska G. "Why not ask the doctor?" Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland. *Int J Public Health.* 2020 Nov;65(8):1507-1515. doi: 10.1007/s00038-020-01472-6. Epub 2020 Sep 4. PMID: 32886141; PMCID: PMC7588367

136. Merry Gott, Sharron Hinchliff, Birinci basamakta cinsel sorunlar için tedaviye başvurma önündeki engeller: yaşlı insanlarla niteliksel bir çalışma, *Aile Hekimliği* , Cilt 20, Sayı 6, Aralık 2003, Sayfa 690–695, <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>

137. Clark RD, Williams AA. Patient preferences in discussing sexual dysfunctions in primary care. *Fam Med.* 2014 Feb;46(2):124-8. PMID: 24573520

138. Mekonnen EG, Gonete AT, Takele WW. Sexual health-seeking behaviour and associated factors in men with diabetes mellitus attending the northwest Amhara region hospitals, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2022 Feb 2;12(2):e049584. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049584. PMID: 35110306; PMCID: PMC8811566.

139. Sarkadi A, Rosenqvist U. Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. *Fam Pract.* 2001 Apr;18(2):161-6. doi: 10.1093/fampra/18.2.161. PMID: 11264266

8. EKLER

8.1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Diyabet (şeker hastalığı), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bazı bozulmalar nedeniyle oluşan kronik (uzun vadeli), geniş spektrumlu (çeşitli hastalık belirtilerine neden olabilen) bir metabolizma bozukluğudur.

Diyabet (şeker hastalığı) değişik ve çeşitli bulgularla kendini gösterebilir. Diyabetin çeşitli mekanizmalar üzerinden neden olduğu uzun vadeli komplikasyonlarından (diyabete bağlı oluşan istenmeyen yeni bir hastalık/sorunun) biri de cinsel işlevlerde bozulmadır.

Yapılan çalışmalar diyabet hastalığının kişilerin cinsel işlevi ve sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri olabileceğini göstermiştir. Bu durum diyabetin neden olduğu vasküler (damarsal), nörolojik ve psikolojik problemlerin veya bu hastalarda kullanılan ilaçların olumsuz etkilerinin sonucu olabilir.

Bu çalışmamızda diyabetin (şeker hastalığı), cinsel yaşam kalite düzeyi ile ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın bir diğer amacı da, birinci basamakta, diyabetli hastaların cinsel sağlıklarını danışma konusundaki tercihlerini/beklentilerini ve deneyimlerini, hekimine danışmasının önündeki engelleri ve/veya kolaylaştıran uygulamaları belirlemektir.

Çalışmamızda bu amaçlara ulaşabilmek amacıyla katılımcıların üç adet veri toplama formunu doldurması istenecektir. Bunlar; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren veri formu, cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve katılımcıların cinsel sağlıklarını danışmadaki tercih ve deneyimlerini değerlendirebilmeyi planladığımız veri formudur.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır.

Gönüllü, bu çalışmaya katılmayı reddetme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir.

Kişisel bilgileriniz üçüncü şahıslar ya da kurumlar ile paylaşılmayacak, anonim hale getirilen verilerin istatistik sonuçları kullanılacaktır.

Araştırma nedeni ile sizden ve bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumlarından bir ücret talep edilmeyecektir.

Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı Soyadı: Dr. Eda Orhan

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR

8.2. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni haliniz:

() Evli () Bekar/ Boşanmış/ Eşi vefat etmiş

4. Eğitim durumunuz:

() Okuryazar değil

() 8 yıl ve altında okur yazar

() 8 yıldan fazla

5. Gelir durumunuz:

() Gelirim giderimden az

() Gelirim giderimden fazla

() Gelirim giderime denk

6. Sigara kullanıyor musunuz?

() Kullanıyorum () Kullanmıyorum

() Kullanıyordum bıraktım

7. Sigara kullanıyorsanız günde kaç paket ve yıldır kullanıyorsunuz?

Günde ortalama paket kullanıyorum.

..... yıldır kullanıyorum.

8. Alkol kullanıyor musunuz?

() Haftada 7 birim (kadın için)/ 14 birim (erkek için)'den az kullanıyorum.

() Haftada 7 birim (kadın için)/ 14 birim (erkek için)'den fazla kullanıyorum.

() Kullanmıyorum.

9. Diyabet (şeker) hastalığı teşhisiniz kaç sene önce koyuldu?

() 0-5 yıl içinde

() 5-10 yıl önce

() 10-15 yıl önce

() 15 yıldan uzun zaman önce

10. Anne ve/veya babada diyabet hastalığı var mı?

() Evet () Hayır

11. Diyabet hastalığınız için uygulanan tedavi şekliniz hangisi/hangileridir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

() Oral antidiyabetik

() İnsülin kullanma

☐ Diyet

☐ Hiçbir tedavi şeklini kullanmıyorum

12. Daha önce diyabet hastalığı harici başka bir hastalığa bağlı cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

13. Diyabet (şeker) hastalığına bağlı geliştiği bildirilen ek kronik hastalığınız var mı?

☐ Retinopati (gözlerin hasar görmesi)

☐ Kardiyovasküler hastalık

☐ Nefropati (böbreklerin hasar görmesi)

☐ Diyabetik ayak

☐ Nöropati (sinirlerin hasar görmesi)

☐ Diğer



8.3. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ- KADIN (SQoL-F)

Değerli Katılımcı, bu ölçek cinsel yaşamınızın kalitesini ölçmektedir. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra size uygun olan şıkkı, son dört hafta içerisindeki cinsel yaşamınızı düşünerek cevaplayınız. (Tamamen katılıyorum=1; Hiç Katılmıyorum=6)
) Teşekkürler.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Tamamen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Büyük ölçüde katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın/erkek olarak eksik hissediyorum						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
8. Cinsel yaşamımı						

düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum						

8.3. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-ERKEK (SQoL-M)

Değerli Katılımcı, bu ölçek cinsel yaşamınızın kalitesini ölçmektedir. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra size uygun olan şıkkı, son dört hafta içerisindeki cinsel yaşamınızı düşünerek cevaplayınız. (Tamamen katılıyorum=1; Hiç Katılmıyorum=6)
) Teşekkürler.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Tamamen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Büyük ölçüde katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir erkek olarak eksik hissediyorum						
4. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
6. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
7. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde mahcup oluyorum/utanıyorum						
9. Cinsel yaşamımı						

düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
10. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
11. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						



8.4. SAĞLIK HİZMETİ TERCİH/ DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VERİ FORMU

Aşağıdaki beş tanımlamadan her biri için, nasıl düşündüğünüze ve kendinizi nasıl hissettiğinize en yakın olan yanıtı veriniz. Teşekkürler.

(5= Hiç katılmıyorum, 4= Kısmen katılıyorum, 3= Kararsızım, 2= Kısmen katılıyorum, 1= Tamamen katılıyorum)

BAKIŞ AÇISI	1: Tamamen katılıyorum	2: Kısmen katılıyorum	3: Kararsızım	4: Kısmen katılıyorum	5: Hiç katılmıyorum
1. Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmaktan utanabilirim					
2. Cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında konuşmanın doktorumu utandırabileceğini düşünüyorum.					
3. Cinsel fonksiyon bozukluğu hakkındaki endişelerimi, doktorum ciddiye almayabileceğini düşünüyorum.					
4. Hekimlerin cinsel fonksiyon bozukluğu hakkında yeterli profesyonel yardım sunacak kadar mesleki veya yaşam tecrübesine sahip olmadığını düşünüyorum					

5. Doktorum, cinsel yaşamımdaki sorunlar hakkında onunla konuşamayacağım kadar genç					
6. Artık cinsel sağlığını tartışamayacak kadar yaşıyım					
7. Cinsel fonksiyon bozukluğu hakkında etkili bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmediğim için konuşmak istemiyorum					
8. Tedavinin çok pahalı olduğunu düşünüyorum .					
9. Tedavinin sağlığıma zarar verebileceğini düşünüyorum					
10. Cinsel problemlerimin zamanla kendi kendine düzeleceğine inanıyorum.					
TERCİH- BEKLENTİLER					
11. Hekimler, başvuran tüm hastalarla cinsel sağlıkları hakkında sormalı ve olası					

problemler hakkında bilgi vermelidir.					
12. Hekimler, sadece cinsel problemleri olan hastalarına bilgi vermelidir.					
13. Hekimler, sadece cinsel problemi hakkında konuşmayı isteyen hastalarına bilgi vermelidir.					
14. Hekimimin, genel tıbbi öykü alırken cinsel sağlık problemlerini de içeren sorular sormasını tercih ederim.					
15. Eğer cinsel sağlığımla ilgili problemim olsaydı, hekimimin bana bunu sormasını isterdim					

DENEYİMLER

16. Diyabet tanısı sonrasında cinsel sağlığınıza ilgili bir problem yaşadınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

17. Herhangi bir sağlık kuruluşu başvurunuzda, hekiminiz cinsel sağlığınıza hakkında bir probleminiz olup olmadığını sorguladı mı?

☐ Hayır hiç sorgulanmadı

☐ Son 1 yıl içinde sorgulandı

☐ 2 -3 yıl içinde sorgulandı

☐ 3-4 yıl içinde sorgulandı

☐ >5 yıl ve daha uzun zaman önce

18. Hangi branş hekimi cinsel sağlığınıza hakkında bilgi verdi? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Aile hekimi
- ☐ Üroloji hekimi
- ☐ Kadın hastalıkları ve doğum hekimi
- ☐ Psikiyatri hekimi
- ☐ Dahiliye hekimi (Endokrin hekimi dahil)
- ☐ Diğer.....

19. Hekim(ler)inizin cinsel problemlerinizi sorgulamasından rahatsız oldunuz mu?

- A. Evet çok
- B. Evet biraz
- C. Hayır hiç
- D. Hiç bir hekim sorgulamadı
- E. Diğer

20. Hekim(ler)iniz cinsel yaşam sorunlarınızın çözümüne yardımcı oldu mu?

- A. Evet çok
- B. Evet biraz
- C. Hayır hiç
- D. Hiç bir hekim sorgulamadı
- E. Diğer

*19 ve 20. sorularda birden fazla hekim sorguladı ve deneyimleriniz farklı ise diğer kısmına farklı deneyimlerinizi yazınız.....