



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
NEFROLOJİ BİLİM DALI

RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ ALAN KADIN HASTALARDA SEKSÜEL
DİSFONKSİYON SIKLIĞININ VE SOSYOKÜLTÜREL-EKONOMİK ÖZELLİKLER İLE
İLİŞKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Tuba GÜLLÜ KOCA

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2009



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
NEFROLOJİ BİLİM DALI

RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ ALAN KADIN HASTALARDA SEKSÜEL
DİSFONKSİYON SIKLIĞININ VE SOSYOKÜLTÜREL-EKONOMİK ÖZELLİKLER İLE
İLİŞKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Tuba GÜLLÜ KOCA

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç Dr Alparslan ERSOY

BURSA – 2009

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Türkçe Özet	ii
İngilizce Özet	iv
Giriş	1
Gereç ve Yöntem	7
Bulgular	12
Tartışma ve Sonuç	22
Kaynaklar	31
Ekler	36
Teşekkür	43
Özgeçmiş	44

ÖZET

Çalışmamızda, Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) tanısı ile Renal Replasman Tedavisi (RRT) alan kadın hastalardaki Seksüel Disfonksiyon (SD) sıklığını ve SD'un medikal, psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik faktörler ile ilişkisini karşılaştırmayı amaçladık.

Bu amaçla RRT alan 115 (Hemodiyaliz 39, Periton diyalizi 43, Renal transplant 33) hasta ve bilinen herhangi bir sağlık problemi olmayan 103 gönüllü premenopozal kadın çalışmaya dâhil edildi. RRT guruplarından ve kontrol gurubundan sosyodemografik veri formu, Hastane anksiyete depresyon (HAD) ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ASEX) ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğini (GRISS) içeren anket formunu eksiksiz doldurmaları istendi. RRT guruplarının laboratuvar değerleri medikal kayıtlarından elde edildi.

Çalışmaya katılan guruplar arasında yaş ortalaması, diyaliz süreleri ve vücut kitle indeksi (VKİ) açısından anlamlı fark yoktu. Ek sistemik hastalık varlığı açısından RRT gurupları ile Kontrol gurubu arasında anlamlı fark gözlenirken, RRT guruplarının birbirleri arasındaki fark istatistiksel anlamlı değildi. Katılımcıların eğitim süresi ve bir işe sahip olmaları açısından aralarında anlamlı fark görülürken, ev sahibi olmak, araba sahibi olmak ve gelirin >1500 TL olması gibi değişkenlerin birlikte değerlendirildiği sosyoekonomik durum (SES) skorları arasında anlamlı fark saptanmadı. Katılımcıların eş ve aile özelliklerine yönelik sorgulamalarında görücü evliliği, evlilik süresi, eşinin yaşı, eğitim süresi ve çalışma süresi, eşyle birlikte geçirdikleri zaman, cinsel birliktelik sayısı, çocuk sayısı, anne ve babanın eğitim sürelerinde anlamlı farklılıklar saptandı. Anksiyete ve depresyon açısından yapılan değerlendirmede RRT guruplarının Kontrol gurubuna göre daha depresif olduğu, ancak gurupların birbirleri arasında depresyon açısından anlamlı farklılık olmadığı gözlemlendi. PD ve Tx guruplarının HD ve kontrol guruplarına göre daha anksiyöz oldukları saptandı. ASEX ile yapılan değerlendirmede HD, PD, Tx ve Kontrol guruplarında sırasıyla 29 (%74.4),

16 (%37.2), 6 (%18.2), 3 (%2.9) kişide SD olduğu belirlendi. Kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında SD oranları Tx ($p<0.01$) ve diyaliz ($p<0.001$) hastalarında daha yüksek saptandı. HD gurubunun SD oranları, PD ($p<0.01$) ve Tx ($p<0.001$) gurubuna göre de anlamlı yüksek idi. GRISS ile yapılan değerlendirmede, toplam skorda RRT guruplarının kontrol gurubuna göre anlamlı derecede yüksek skora sahip olduğu, HD gurubunun ayrıca Tx'e göre de daha yüksek skorunun olduğu belirlendi.

Univariate analiz ile SD olan ($n=54$) ve olmayan ($n=164$) katılımcılarda tüm değişkenler karşılaştırıldı. Anlamlı olan uygun değişkenlere regresyon analizi uygulandı. Multivariate analiz hemodiyaliz, periton diyalizi hastası olmanın, depresyon varlığının ve evlilik süresinin SD için bağımsız risk faktörleri olduğunu gösterdi.

Hem ASEX ile hem de GRISS ile değerlendirildiğinde Tx gurubunda Kontrol gurubuna göre daha fazla oranda SD olmakla beraber HD ve PD guruplarına göre anket skorları anlamlı düşük bulundu. Sosyokültürel, ekonomik, medikal ve psikolojik faktörlerle ilişkisinin değerlendirmesinde SD'un birçok faktörden etkilendiği ve tüm bu faktörlerle ilişkili olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Renal replasman tedavisi (RRT), Seksüel disfonksiyon, bayan, Transplant, GRISS, ASEX.

SUMMARY

Comparison of the Relationship between Sociocultural-Economic Features and Sexual Dysfunction Frequency in Female Patients on Renal Replacement Therapy

In our study, we aimed to compare the relationship between medical, psychological, sociocultural-economic factors and Sexual Dysfunction (SD) frequency in patients on Renal Replacement Therapy (RRT) with the diagnosis of End Stage Renal Disease (ESRD). For this purpose, the 115 RRT patients (Hemodialysis 39, peritoneal dialysis 43, renal transplant 33) and 103 healthy premenopausal female volunteers without any known health problems, were included in the study. The questionnaire form containing demographic data form, the hospital anxiety depression scale (HAD), Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) and the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) were asked to fill completely from the RRT groups and the control group. Laboratory values were obtained from medical records in RRT group.

There were no significant difference about mean age, dialysis duration and body mass index (BMI) between the groups participating in the study. While there was a significant difference about presence of additional systemic disease between RRT groups and the control group, no statistically significant differences observed among the RRT groups. While there were significant differences among participants training period and job conditions, no significant differences were noted in socioeconomic status (SES) scores which contain having a home, to have a car and to have revenue > 1500 TL variables. In questioning about participants' spouses and family properties, it was revealed that there were significant differences in marriage type, marriage duration, husband's age, training period and working hours, spend time with each other, number of sexual intercourse in a week, the number of children, mothers and fathers training period. In the evaluation about anxiety

and depression it was shown that RRT groups were depressed more compared to the control group, but no significant differences were observed among the RRT groups. PD and HD groups were more anxious than the Tx and Control groups. In ASEX evaluation it was identified that persons with SD in HD, PD, Tx and control groups were 29 (74.4%), 16 (37.2%), 6 (18.2%), 3 (2.9%) respectively. SD rates were higher in Tx ($p < 0.01$) and dialysis ($p < 0.001$) patients compared with the control group. SD rates in HD group were significantly higher than PD ($p < 0.01$) and Tx ($p < 0.001$) groups. The total score in the evaluation group GRISS it was determined that RRT groups have significantly higher scores compared to the control group, HD group have higher scores than Tx group.

All variables were compared with univariate analysis in participants with SD ($n = 54$) and without SD ($n = 164$). Regression analysis was applied to the appropriate significant variables. Multivariate analysis showed that being hemodialysis or peritoneal dialysis patient, the presence of depression and marital duration are independent risk factors for SD.

Although Tx group have greater percentage of SD than the control group, Tx group have significantly lower scores compared to the HD and PD groups when we evaluate SD with both ASEX and GRISS. In the evaluation of the relationship between sociocultural, economic, medical and psychological factors and SD it was identified that SD was affected by many factors and associated with all these factors.

Key words: Renal replacement therapy (RRT), sexual dysfunction, female, Transplant, GRISS, ASEX.

GİRİŞ

Kadın cinsel işlev bozukluğu çok boyutlu ve çok etkenli bir problemdir. Sağlıklı cinsel fonksiyon için endokrin, nörolojik ve vasküler sistemin bir bütün olarak sağlıklı bir şekilde çalışması gereklidir. Bu sistemlerden herhangi birinde bozukluk durumunda cinsel sağlık değişik derecelerde etkilenir. Ayrıca, sosyal nedenler (evde bir yaşlının bakımı), uyku bozuklukları (ateş basmalarına bağlı) ve sistemik hastalık varlığı (astım bronşiale) da cinsel sağlığı etkiler. Bunlar dışında ek olarak sosyal çevre, dinsel inançlar, aile yapısı, aile içi şiddet, geçmişte yaşanan cinsel deneyimler, cinsel istismar gibi kadın cinsel işlev bozukluğuna yol açabilen birçok faktör mevcuttur (1).

Yaklaşık her üç kadından birinde cinsel ilgi kaybı olduğu ve yaklaşık dört kadından birinin orgazmı yaşamadığı bildirilmiştir (2). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) cinsel işlev bozukluğunu bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlamaktadır (3). Ülkemizde kadın cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı 18–27 yaş arasında %21, 28–37 yaş arasında %25, 38–47 yaş arasında %53, 48–57 yaş arasında %65 ve 58–67 yaş arasında %92 olarak saptanmıştır (4). Yaşla birlikte prevalansın arttığı görülmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği cinsel işlev bozukluğunu kişiler arası ilişkileri zorlaştıran, belirgin sıkıntı yaratan, cinsel cevap döngüsünü karakterize eden psikofizyolojik değişiklikler ve cinsel istekte meydana gelen bozukluklar olarak tarif etmektedir (5) Amerika Ürolojik Hastalıklar Vakfı ise bu sınıflamayı sonraki yıllarda geliştirmiştir (6, 7). Bu sınıflandırma Tablo–1’de gösterilmiştir. Bu sınıflandırmada belirtilen her bozukluğa psikolojik, vasküler, musküler, nörojenik ve endokrin faktörler neden olabilmektedir (7).

Tablo–1: Cinsel işlev bozuklukları sınıflandırması (6).

-
1. Cinsel istek bozukluğu
 - a. Hipoaktif (azalmış) cinsel istek bozukluğu
 - b. Cinsel tiksinti bozukluğu
 2. Cinsel uyarılma bozukluğu
 3. Orgazm bozukluğu
 4. Cinsel ağrı bozuklukları
 - a. Disparoni
 - b. Vajinismus
 - c. Diğer cinsel ağrı bozuklukları
-

Hipoaktif cinsel istek bozukluğu; cinsel fantezi veya düşüncelerin ve/veya cinsel aktivite ya da cinsel aktiviteye yanıt verme arzusunun, kişisel sıkıntıya neden olacak şekilde, kalıcı veya tekrarlayan kaybıdır. Cinsel tiksinti bozukluğu ise kalıcı veya tekrarlayıcı olarak, bir partnerle olan cinsel ilişkiye fobik tiksinti hissi duyma ve ondan uzak durma ve bu durumun kişisel sıkıntıya neden olması hali olarak tanımlanmaktadır (6). Cinsel tiksinti bozukluğu genellikle fiziksel veya cinsel istismar ile çocukluk çağı travmaları ile ortaya çıkmaktadır. Cinsel uyarılma bozukluğu; kalıcı veya tekrarlayıcı olarak subjektif heyecanın, genital veya diğer somatik yanıtların yokluğuyla belli olan, yeterli cinsel heyecana ulaşamama veya sürdürememe ile bu durumun kişisel sıkıntıya neden olması durumu olarak ifade edilmektedir (6). Üç alt tipe ayrılmaktadır. Bunlar; genital cinsel uyarılma bozukluğu, subjektif cinsel uyarılma bozukluğu ve kombine subjektif ve genital cinsel uyarılma bozukluğudur (8). Diğer cinsel işlev bozuklukları orgazm bozukluğu ve cinsel ağrı bozukluklarıdır (disparoni, vajinismus ve non–koital cinsel ağrı) (6).

Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Araştırması verilerine göre, kadın cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisi çeşitli risk faktörleri belirlenmiştir (2, 9). Sağlık sorunlarının olması ve özellikle üriner sistem belirtileri cinsel ilişki sırasında ağrı ve uyarılma sorunlarına yol açmaktadır. Sosyoekonomik durum önemli bir risk faktörüdür ve ekonomik durumda gerileme cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Tecavüz, cinsel taciz gibi travmatik olayların yaşanması kadınlarda uyarılma sorununu ortaya çıkarmakta ve bu

olaylar cinsel işlevi uzun yıllar olumsuz etkilemektedir. Menopoz sonrası kadınlarda orgazm sorunları, lubrikasyon azalması ve disparoni sorunları ortaya çıkmaktadır. Üriner inkontinans, pelvik organ prolapsus ve vaginal innervasyonun bulunduğu anterior vaginal duvarı ilgilendiren vaginal operasyonlar kadın cinsel işlevlerini olumsuz etkilemektedir. Eşin cinsel sorunları, çalışma yaşamı, stres ve günlük yaşam sorunları gibi pek çok etmen doğrudan kadının cinsel işlevlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kadın cinsel işlev bozukluğuna neden olabilen çok sayıda jinekolojik etyolojik faktör olduğu bilinmektedir (Tablo-2) (10).

Tablo-2: Kadın cinsel işlev bozukluğunun jinekolojik etyolojik faktörleri (10).

Dış Faktörler	İç Faktörler
CYBH*	Vaginismus
Vulvar distrofi	Vaginal doku atrofisi
Dermatit	Vaginit
Klitoral adezyonlar	Uterin prolapsus
Bartolin kisti	Sistosel/rektosel
Epizyotomi skarları	Pelvik enflamatuvar hastalık
Vestibülit	Uterin fibromlar
Vulva kanseri	Endometriyozis
Liken sklerozis	Myalji
	Kanser

* Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbrek fonksiyonlarının geri dönüşsüz kaybı ile karakterize bir tablodur. Hastanın hayatının devamı için renal replasman tedavileri (RRT) olan renal transplantasyon (Tx), hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizinden (PD) biri uygulanmalıdır. Hayat kalitesi, mortalite ve maliyet açısından en seçkin RRT, renal transplantasyondur.

KBY'nin sık görülen komplikasyonlarından birisi de cinsel fonksiyon bozukluklarıdır (11–16). Seksüel disfonksiyon (SD), libidoda azalmadan infertiliteye kadar çeşitlilik gösterir. Cinsel problemlerin prevalansı erkek ve kadın üremik hastalarda diyaliz öncesi dönemde %9 civarında iken diyaliz tedavisi ile %70'lere çıkmaktadır (17, 18). Üremili hastaların büyük bir

kısımında libido, seksüel ilişki sıklığı ve poteste azalma olduğu bildirilmektedir (17–20). Son Dönem Böbrek Yetmezlikli (SDBY) hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklıkla %20–%100 arasında rapor edilmekte olup, libidoda azalma ve erektil disfonksiyon şeklinde ortaya çıkar (21, 22). Tx sonrası cinsel fonksiyonlarda belirgin düzelme olsa da bazı problemler devam edebilir (23–25).

KBY’nde seksüel fonksiyonlardaki bozukluk vasküler, nörolojik, endokrin, psikolojik, biyokimyasal ve farmakolojik faktörlerden etkilenir (26). KBY’nde glomerüler filtrasyon hızındaki orta derecede düşme ile hipofizer–gonadal aksta bozulma başlar ve renal yetmezliğin ilerlemesi ile akstaki bozulma kendini daha belirgin olarak gösterir. Bu bozulma SDBY hastalarında daha belirgindir (27, 28) Üremili hasta grubunda luteinize edici hormon (LH), follikül stimüle edici hormon (FSH) ve prolaktin (PRL) salınımında bozukluk olur. Plazma LH düzeyi böbrek yetmezliğinin erken döneminde yükselir ve hastalığıdaki ilerlemeye paralel olarak artış gösterir. Üremik hastalarda FSH salınımı da artmıştır, ancak LH’daki artış daha fazla olduğundan LH/FSH oranında artış olur. Hastalarda LH ve FSH artışına rağmen fonksiyonel hipogonadizm vardır (28). Diyaliz hastalarında plazma PRL düzeyi de artmış olarak bulunur. Normalde PRL salınımı dopaminerjik inhibisyon ile kontrol edilir. KBY’nde ise otonom olarak salınır, inhibisyon ve stimülasyona dirençlidir (29). Tablo–3’de üremik kadın hastalarda sık görülen hormonal değişiklikler gösterilmiştir.

Tablo–3: Kronik böbrek yetmezliği olan kadınlarda sık görülen hormonal değişiklikler (79).

Hormon	KBY’nin etkileri	Klinik özellikleri
Östrodiyol	Normal veya azalmış	Oligo/amenore
LH	Normal veya artmış	Libidoda azalma
FSH	Normal veya artmış	Kemik mineral yoğunluğunda azalma
Prolaktin	Genellikle normalin üst sınırının 5 katından fazla değil	Yukarıdaki gibi ± galaktore
SHBG	Üremide değişiklik yok, yaşla birlikte artış	Özellik yok

KBY: Kronik böbrek yetmezliği, SHBG: Seks hormonu bağlayıcı globulin, LH: Luteinize edici hormon, FSH: Follikül stimüle edici hormon.

Anemi, KBY'nin en önemli komplikasyonlarından ve rehabilitasyonu kısıtlayan en önemli sebeplerdendir. Yeterli diyaliz ile üreminin birçok komplikasyonu düzelirken anemiye bağlı halsizlik ve seksüel isteksizlik düzelmez. Yapılan araştırmalarda eritropoietin tedavisiyle anemi ile birlikte SD'da düzelme olduğu gösterilmiştir (30–34). Hastalarda seksüel disfonksiyonun multifaktöriyel olması ve birden fazla faktörün bir arada bulunması tedavideki zorluğu oluşturmaktadır. KBY'nde SD tedavisinde hastalarda öncelikli olarak yeterli beslenme ve yeterli diyalizin sağlanması önemlidir (35–38).

Nakil hastalarında yaş, birden fazla transplantasyon girişimi ve transplant öncesi diyaliz süresi transplant sonrası cinsel fonksiyonları etkilemektedir (39). Transplant alıcılarının neredeyse tamamında operasyon sonrası 3 yıl içerisinde hastalık öncesi cinsel fonksiyonların yeniden kazanıldığı saptanmıştır (40). İlâveten nakil sonrası cinsel fonksiyonların geri kazanılmasında hormonal bozuklukların düzelmesinin de etkili olduğu belirlenmiştir (41). Bu verilerin aksine bazı araştırmacılar tarafından nakil sonrası erkek hastalarda erektil disfonksiyonun (ED) yüksek oranda devam ettiği belirtilmiştir (10). İlginç olarak KBY'li 53 erkek hastada ED'un nakil sonrası (%71.7) dönemde nakil öncesine (%64.2) kıyasla daha belirgin olduğu raporlanmıştır (42). SDBY'li bir çok bayan hastada cinsel isteğin başarılı bir transplantasyon sonrası belirgin olarak arttığı belirlenmiştir. Ancak cinsel aktivite sayısının ve cinsel doyumun cinsel istek kadar belirgin düzelme göstermediği saptanmıştır (43).

Bayan hastalarda transplant sonrası SD ile ilgili sınırlı sayıda araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalarda genel olarak SD sıklığı ve yaşam kalitesi, hormonal değişiklikler, psikolojik durum ile ilişkisi araştırılmıştır. Bilgimize göre post-transplant bayan alıcılarda SD sıklığının sosyokültürel ve ekonomik faktörlerle ilişkisi detaylı olarak araştırılmamıştır. Bu nedenle mevcut çalışmada SDBY tanısı ile tedavi gören kadın hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığının sosyokültürel ve ekonomik, medikal, psikolojik özellikler ile ilişkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 01.07.2008 tarih ve 2008–13/25 numaralı etik kurul onayı ile Eylül 2008 ile Mayıs 2009 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı Transplantasyon, hemodiyaliz ve periton diyalizi üniteleri ve özel diyaliz merkezlerinde RRT alan hastalar ile sağlıklı gönüllüler üzerinde yapıldı.

Çalışmaya kabul edilme kriterleri olarak 18 yaşını doldurmuş kadın olmak, cinsel olarak aktif olmak, çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak, sağlıklı bireyler için ek olarak herhangi bir kronik hastalığı olmamak ve tedavi almamak ve çalışmaya gönüllü olarak katılıyor olmaktır. Dışlama kriteri ise bilinen bir jinekolojik etyolojik faktöre (Tablo–2) sahip olmaktır. Ayrıca; PD ve HD hastaları için malnütrisyonu olmak, serum albumini <3.5 gr/dL, Hb <7.5 gr/dL, Kt/V değerleri HD için <1.4, PD için <1.8 olmak, Tx hastaları için serum kreatininin \geq 2.5 mg/dL olmak, tüm gruplar için medikal tedavi ile kontrol altında olmayan böbrek yetmezliği dışında kronik hastalığı (nörolojik hastalık, kronik infeksiyon, kronik karaciğer hastalığı vb.) ve pelvis cerrahisi öyküsü olmak dışlama kriterleri olarak belirlendi.

Toplam 78 renal transplant alıcısı, 235 hemodiyaliz ve 117 periton diyalizi alan bayan hasta tarandı. Bunlardan katılma kriterlerine uygun olan ve katılmayı kabul eden 33 transplant alıcısı, 39 hemodiyaliz hastası ve 43 periton diyalizi hastası ile 103 sağlıklı bayan çalışmaya dâhil edildi.

Sağlıklı gönüllülere fizik muayene yapıldı. Herhangi bir patolojik bulgu saptanmayanlardan sadece kendilerine verilen sosyodemografik, psikolojik ve cinsel fonksiyonlarına yönelik soruları içeren anket formunu eksiksiz şekilde doldurmaları istendi. RRT alan hastaların kayıtlarından medikal durumları tespit edildi ve psikolojik, sosyokültürel değişkenleri ayrıntılı olarak değerlendirildi. Buna yönelik olarak dikkate alınan değişkenler medikal durum tespiti, sosyodemografik durum tespiti, psikolojik durum tespiti ve cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi idi. Hastaların medikal durumları, ek kronik hastalık varlığı ve kullandıkları ilaç tedavileri açısından değerlendirildi. Âdet

sorgulamaları (menarş, menapoz), fizik muayeneleri yapıldı, mevcut labarotuvuar değerleri kaydedildi.

Sosyodemografik durumları; 28 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ile değerlendirildi. Eğitim durumları ve aylık gelirin ekonomik durumu belirlemede yetersiz kalması sebebi ile Ersoy ve ark.'nın (44) SES (Sosyoekonomik status) skoru modifiye edilerek kullanıldı. Buna göre araba sahibi olmak, ev sahibi olmak ve aylık toplam geliri 1500 TL ve üzerinde olması gibi değişkenlerin varlığına 1, yokluğuna 0 puan verilerek elde edilen toplama göre SES skoru belirlendi. Her 3 öğeye de sahip olanlar toplamda 3 puan alırken hiçbirine sahip olmayanlar 0 puan aldılar.

Psikolojik durumları 14 sorudan oluşan hastane anksiyete depresyon (HAD) ölçeği ile değerlendirildi. Cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ise Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ASEX) ve Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) ile yapıldı. Hastalara verilen anket formları Ekler bölümünde verilmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale–HAD)

HAD ölçeği Zigmond ve Snaith tarafından bedensel hastalığı olan veya 1.basamak sağlık hizmetine başvuran hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların 7'si (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer 7 soru (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. 4'lü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Alt ölçeklerin toplam puanları, bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. sorular toplanırken, depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. soruların puanları toplanır. HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (45).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale–ASEX)

ASEX; 2000 yılında McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno ve Delgoda adlı araştırmacıların psikotrop ilaç kullanan hastaların cinsel işlevlerinde ortaya çıkan değişiklikleri ve bozuklukları en uygun şekilde ve kişiyi en az rahatsız edecek şekilde değerlendirmek amacıyla tasarladıkları bir ölçektir. 5 sorudan oluşan Likert tipi öz değerlendirme ölçeği olup, kadın ve erkek formları mevcuttur (45–48).

Cinsel işlevleri cinsel yönelim ve eşle olan ilişkiyi hariç tutarak değerlendirmeyi amaçlar. Çalışmada kullanılan kadın formunda 1. soru cinsel dürtü, 2. soru psikolojik uyarılma, 3. soru fizyolojik uyarılma (vajinal lubrikasyon), 4. soru orgazma ulaşma kapasitesi, 5. soru ise orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen sorulardır. Bu sorular günümüzde geçerli olan DSM–IV ve ICD–10 cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamaktadır (57, 48).

Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla total skor 5'den 30'a kadar değişir. Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir. Daha yüksek skor daha fazla cinsel işlev bozukluğuna işaret eder. Toplam puanın 19'un üzerinde olması, herhangi bir sorunun puanının 5'in üzerinde olması, herhangi 3 sorunun 4'ün üzerinde puan alması cinsel fonksiyon bozukluğunu işaret etmektedir. Ülkemizde ASEX'in geçerlilik güvenilirlik çalışması Soykan tarafından SDBY hastalarında yapılmıştır (49).

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction; GRISS)

GRISS; Rust ve Golombok tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir. Erkek ve kadın formlarında toplam 28'er sorudan oluşan, heteroseksüel ilişki yaşayan bireylerde bu ilişkinin kalitesini objektif olarak değerlendirmeyi ve cinsel işlev bozukluklarını saptamayı amaçlayan bir ölçektir. Kadın formu, 5'i erkek formu ile ortak olan 7 alt boyutu içeren 28 maddeden oluşur (45,50,51).

Maddelerin cevaplandırılması 5'li Likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmakta ve 'hiçbir zaman', 'nadiren', 'bazen', 'çoğunlukla' ve 'her zaman'

seçeneklerinden oluşmaktadır. 7 alt boyutun başlıkları; cinsel ilişki sıklığı, partnerle olan iletişim, cinsel ilişki sonrası doyum, cinsel ilişkiden kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmidir. İlk 5 alt boyut erkek formu ile ortaktır (45, 50, 51).

Ölçeğin değerlendirmesinde hem toplam hem de alt boyutlardan ayrı ayrı elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmekte, hem birey için hem de çiftler için ortak bir profil çizilebilmektedir. 5 ve üzerindeki puanlar o alt boyutta problem olduğuna işaret etmektedir. GRISS alt boyutları ile ilgili sorular Tablo-4'de gösterilmiştir. Ayrıca bu alt boyutlar dışında kalan ancak cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili 4 madde yer almaktadır (45, 50, 51). Tuğrul ve arkadaşları tarafından 1993'de ülkemizde GRISS geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (52).

Tablo-4: GRISS alt boyutları ile ilgili sorular

GRISS alt boyutları	İlgili Sorular
Sıklık	3, 15
İletişim	2, 16
Doyum	5, 10, 18, 22
Kaçınma	7, 13, 20, 23
Dokunma	9, 12, 19, 25
Vajinismus	6, 11, 17, 24
Anorgazmi	8, 14, 21, 28

GRISS: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

İstatistiksel Analiz

Tüm rakamsal veriler ortalama \pm standart sapma (SD) olarak verildi. Verilerin dağılımının normalliği Shapiro-Wilk testi ile, homojenitesi Levene testi ile değerlendirildi. Rakamsal verilerin gruplar arası karşılaştırmaları için non-parametrik Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Anlamlılık durumunda ikili karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Kategorik değişkenler ki kare testi ile karşılaştırıldı. $P < 0.05$ ise anlamlı olarak kabul edildi. SD ile ilişkili

kategorik ve sürekli değişkenler belirlendi. Univariate analiz ile SD olan ve olmayan guruplarda karşılaştırma yapıldı. İstatistiksel anlamlılık ($p<0.05$) saptanan tüm değişkenlere SD için bağımsız bir risk faktörü olup olmadıklarını belirlemek amacıyla Binary Logistic regresyon analizi uygulandı. Analiz bilgisayar için düzenlenmiş SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) software paket programı yardımı ile yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya HD gurubunda 39, PD gurubunda 43, Tx gurubunda 33 gönüllü hasta ve kontrol gurubunda 103 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 218 bayan dâhil edildi. Tüm popülasyonda yaş ortalaması 38 ± 6 yıl idi. Guruplar arasında yaş ortalaması, diyaliz süreleri ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı fark yoktu. HD ve PD guruplarının vücut ağırlıkları Tx'e göre anlamlı düşük bulundu. Gurupların hemoglobin ve serum kreatinin değerleri arasında anlamlı farklılık mevcuttu. Sistemik hastalık sıklığı, Kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında RRT alan guruplarda anlamlı yüksek bulundu. HD gurubunda diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) ve/veya koroner arter hastalığı (KAH) bulunan 11 hasta mevcutken, PD grubunda 7, Tx grubundan 4 hastanın benzer şekilde ek sistemik hastalıkları vardı (Tablo–5).

Tablo–5: Çalışma guruplarındaki kişilerin karakteristikleri

	HD (n=39)	PD (n=43)	Tx (n=33)	Kontrol (n=103)	P değeri
Yaş, yıl	40.8 \pm 5.3	40.2 \pm 7.0	37.3 \pm 7.0	38.1 \pm 6.8	AD
Diyaliz süresi, yıl	4.2 \pm 3.3	4.7 \pm 4.4	3.2 \pm 2.5	–	AD
Transplant süresi, yıl	–	–	3.0 \pm 3.8	–	–
Vücut ağırlığı, kg	63.5 \pm 12.9 ^a	63.5 \pm 12.2 ^a	69.2 \pm 9.5	66.7 \pm 9.9	<0.05
Vücut kitle indeksi, kg/m ²	25.1 \pm 5	25.4 \pm 4.1	26.3 \pm 2.8	25.1 \pm 3.7	AD
Hemoglobin, g/dL	9.5 \pm 0.9 ^b	11.1 \pm 1.0 ^b	12.1 \pm 1.1 ^b	–	<0.001
Kreatinin, mg/dL	6.1 \pm 1.1 ^b	4.8 \pm 1 ^b	1.2 \pm 0.3 ^b	–	<0.001
Ek hastalığı olanlar, n(%)	11 (%28.2) ^c	7 (%16.3) ^c	4 (%12.1) ^c	0 (%0)	<0.001

HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, Tx: Transplant, AD: Anlamlı değil

^a p<0.05 Tx'e karşılık, ^b p<0.001 diğer guruplara karşılık, ^c p<0.001 Kontrole karşılık

Çalışma guruplarının sosyoekonomik durumları eğitim süresi, ev ve araba sahibi olma, çekirdek aile ve geniş aile olma, sosyal güvence durumu, çalışma durumu, toplam aile gelirleri ve sosyoekonomik durum skoru (SES) gibi değişkenlerle değerlendirildi (Tablo–6).

HD ve PD guruplarının eğitim süresi kontrol gurubundan daha düşüktü ($p<0.001$), Tx gurubunun sadece HD gurubuna göre ($p<0.05$) eğitim süresi daha yüksek bulundu. Çalışmaya alınan 218 kadının %32.1'inin kendine ait geliri vardı. RRT alan guruplarda çalışanların sayısı kontrol gurubuna göre daha düşüktü. HD gurubunda çalışanların sayısı sadece Tx gurubuna göre anlamlı düşük gözlemlendi ($p<0.05$). Çalışma guruplarının kendine ait ev varlığı açısından birbirleri arasında anlamlı farklılık mevcut değildi. Kontrol gurubunda kendine ait arabası olanların sayısı RRT alan guruplara göre daha düşüktü. Tx gurubunda kendi arabası olanların sayısı HD ve PD gurubundakilere göre anlamlı olarak daha az bulundu. Doğum yeri ve yaşadıkları yerin il veya ilçe/köy olması, evinde çekirdek aile dışında daimi ikamet eden bireylerin varlığı açısından guruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışma guruplarında sosyal güvencesi olmayan yoktu. HD gurubunda 1500 TL üzerinde aylık geliri olanların sayısı kontrol ($p<0.01$) ve Tx ($p<0.05$) gurubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptandı. Ev, araba ve gelir düzeylerinin birlikte değerlendirilmesi ile oluşturulan SES skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo–6).

Tablo–6: Çalışmaya katılan gurupların sosyoekonomik özellikleri

	HD (n=39)	PD (n=43)	Tx (n=33)	Kontrol (n=103)	P değeri
Eğitim Süresi, yıl	4.8 ± 3.2 ^a	5.6 ± 3.4 ^a	7.5 ± 4.3 ^b	8.6 ± 3.8	<0.001
Çalışanların sayısı, n (%)	2 (5.1) ^{d,e}	8 (18.6) ^a	8 (24.2) ^a	55 (53.4)	<0.001
Ev sahibi olanlar, n (%)	25 (64.1)	28(65.1)	26 (78.8)	73(70.9)	AD
Araç sahibi olanlar, n (%)	27 (69.2) ^{c,d}	28 (65.1) ^{a,d}	14 (42.4) ^a	24 (23.3)	<0.001
Gelir (>1500 TL), n (%)	7 (17.9) ^{d,e}	14 (32.6)	15 (45.5)	50 (48.5)	<0.01
SES Skoru	1.5 ± 0.6	1.4 ± 0.7	1.3 ± 0.6	1.6 ± 0.6	AD

HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, Tx: Transplant, AD: Anlamlı değil, SES: Sosyo–ekonomik Durum skoru, ^a $p<0.001$ Kontrole karşılık, ^b $p<0.05$ HD'e karşılık, ^c $p<0.05$ Kontrole karşılık, ^d $p<0.05$ Tx'e karşılık, ^e $p<0.01$ Kontrole karşılık.

HD ve PD gurubundaki hastaların kontrol gurubuna göre daha uzun süredir evli oldukları belirlendi. Tx gurubunun kontrol gurubuna göre evlilik süresi daha uzun iken HD gurubuna göre bu sürenin daha kısa olduğu bulundu. İlk adet görme (menarş) yaşı Kontrol gurubunda Tx ($p<0.01$) ve HD

($p < 0.05$) guruplarına göre anlamlı derecede düşüktü. Tüm guruplarda 92 (%42.2) kişinin görücü usulü ile evlendiği gözlemlendi. Bekâr katılımcı yoktu. HD gurubunda görücü usulü ile evlenenlerin oranı diğer guruplara göre anlamlı yüksekti. HD ve PD guruplarında eşlerin yaş ortalamaları kontrol gurubuna göre anlamlı derecede yüksek iken Tx gurubunun yaş ortalaması PD ($p < 0.05$) ve HD ($p < 0.01$) guruplarına göre anlamlı derecede düşük bulundu. Her üç RRT gurubunun eşlerinin ortalama eğitim süreleri kontrol gurubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0.001$). Tx gurubunun eşlerinin eğitim süresi ortalaması HD gurubundan anlamlı daha yüksekti ($p < 0.01$). PD gurubundaki hastaların eşlerinin haftalık çalışma saati HD gurubuna göre daha fazla olmasına karşın her iki gurubun da eşlerinin haftalık çalışma saatleri kontrol ve Tx gurubundan daha düşük bulundu. HD gurubundaki hastaların eşleri ile birlikte geçirdikleri sürenin Kontrol ($p < 0.001$), Tx ($p < 0.001$) ve PD ($p < 0.05$) guruplarından anlamlı daha kısa olduğu belirlendi. Haftalık cinsel ilişki sayısı açısından HD ve PD gurubundaki hastaların kontrol ve Tx guruplarına göre anlamlı daha az sayıda haftalık cinsel ilişkiye girdikleri belirlendi. Bununla birlikte Kontrol gurubunun HD ve PD guruplarına göre daha az sayıda çocukları olduğu gözlemlendi (Tablo-7).

Ortalama anne ve baba eğitim süreleri HD ve PD gurubunda daha belirgin olmak üzere her üç RRT gurubunda da kontrol gurubundan anlamlı daha düşük saptandı. HD gurubunun anne ve baba eğitim süreleri PD gurubunda ise anne eğitim süresi Tx gurubuna göre daha düşük gözlemlendi (Tablo-7).

Tablo–7: Çalışma guruplarındaki kişilerin eş ve aile özellikleri

	HD (n=39)	PD (n=43)	Tx (n=33)	Kontrol (n=103)	P değeri
Evlilik süresi, yıl	21.1 ± 7.1 ^a	19.5 ± 8.5 ^a	17.3 ± 7.7 ^{b,c}	12.7 ± 8.2	<0.001
İlk adet yaşı, yıl	12.9 ± 1.0 ^d	12.9 ± 1.3	13.5 ± 1.3 ^b	12.6 ± 1.3	<0.01
Görücü evliliği, n (%)	29 (74.4) ^a	19 (44.2) ^e	12 (36.4) ^e	32 (31.1)	<0.001
Eşinin yaşı, yıl	46.2 ± 5.9 ^a	45.1 ± 8.6 ^{a,f}	41.8 ± 7.0 ^e	39.1 ± 8.5	<0.001
Eşitinin eğitim süresi, yıl	6.7 ± 2.7 ^a	7.8 ± 3.5 ^a	8.8 ± 3.6 ^{a,e}	11.9 ± 3.6	<0.001
Eşinin çalışma süresi, saat/hafta	22.3 ± 26.3 ^b	26.5 ± 27.8 ^{b,g}	45.3 ± 27.6 ^e	42.3 ± 19.5	<0.001
Birlikte geçirdikleri vakit, saat/hafta	34.4 ± 9.6 ^{a,h}	40.9 ± 13.9 ^c	45.2 ± 13.3	42.4 ± 10.9	<0.01
Haftada cinsel ilişki sayısı	1.3 ± 0.6 ^{a,h}	1.6 ± 0.7 ^{a,g}	2.3 ± 1.0	2.7 ± 1.1	<0.001
Çocuk sayısı	2.0 ± 1.2 ^d	2.2 ± 1.7 ^d	1.8 ± 1.0	1.5 ± 1.0	<0.05
Geniş aile, n (%)	2 (5.1)	3 (7)	5 (15.2)	11 (10.7)	AD
Annenin eğitim süresi, yıl	2.0 ± 2.5 ^{a,t}	2.0 ± 2.5 ^{a,g}	3.7 ± 2.5 ^b	5.4 ± 3.2	<0.001
Babanın eğitim süresi, yıl	3.3 ± 2.8 ^{a,g}	4.5 ± 3.7 ^a	6.0 ± 4.3 ^b	8.3 ± 3.4	<0.001

HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, Tx: Transplant,
^a p<0.001 Kontrole karşılık, ^b p<0.01 Kontrole karşılık, ^c p<0.05 HD'e karşılık, ^d p<0.05
Kontrole karşılık, ^e p<0.01 HD'e karşılık, ^f p<0.05 Tx'e karşılık, ^g p<0.01 Tx'e karşılık, ^h
p<0.001 Tx'e karşılık.

HD, PD ve Tx guruplarındaki hastaların sırasıyla %64.1, %53.5, %63.6'i ilk cinsel bilgilerini eşlerinden öğrenirken Kontrol gurubunda ilk cinsel bilgilerini eşinden öğrenenlerin oranı %29.1 idi. Guruplar arasında cinsel bilgilerini yeterli bulma açısından anlamlı fark yoktu. Çalışmaya katılan bayanların %79.8'i cinsel bilgilerini yeterli buluyordu. Çalışmaya katılan bayanların korunma yöntemleri Tablo–8'de gösterildi. En çok kullanılan korunma yöntemi HD ve kontrol gurubunda kondom iken, Tx ve PD grubunda geri çekilme idi. Bazı korunma yöntemlerini kullananların sayısının çok düşük olması sebebi ile guruplar arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamadı.

Tablo–8: Çalışmaya katılan bayanların kullandıkları korunma yöntemleri.

	HD (n=39)	PD (n=43)	Tx (n=33)	Kontrol (n=103)
Korunma yöntemi yok, n(%)	4 (10.3)	7 (16.3)	9 (27.3)	24 (23.3)
Geri Çekme Yöntemi, n(%)	9 (23.1)	18 (41.9)	14 (42.4)	13 (12.6)
OKS, n(%)	3 (7.7)	0 (0)	1 (3.0)	14 (13.6)
Kondom, n(%)	10 (25.6)	11 (25.6)	7 (21.2)	27 (26.2)
RIA, n(%)	12 (30.8)	7 (16.3)	1 (3)	25 (24.3)
Tüp Ligasyon, n(%)	1 (2.6)	0 (0)	1 (3)	0 (0)

HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, Tx: Transplant, RIA: Rahim içi araç, OKS: Oral kontraseptif.

HAD ölçeğinin skorları değerlendirildi (Tablo–9). Tx ve PD gruplarının anksiyete skorlarının Kontrol ve HD gruplarından belirgin yüksek olduğu saptandı. Her 3 RRT gurubunun depresyon skorunun kontrol gurubuna göre anlamlı yüksek olduğu belirlendi (Tablo–9a). Anksiyete için HAD–Anksiyete anketinin kesme puanı ≥ 11 , depresyon için bu puan ≥ 8 idi. Bu kesme puanlarına göre Tx gurubunda HD ($p < 0.05$) ve Kontrol ($p < 0.01$) gruplarına göre daha fazla kişide anksiyete varlığı tespit edilirken, Kontrol gurubunda HD ($p < 0.001$), PD ($p < 0.001$) ve Tx ($p < 0.01$) gruplarına göre daha az kişide depresyon varlığı gözlemlendi (Tablo–9b). HD gurubundan 3 (%7.7), PD grubundan 2 (%4.7), Tx grubundan 6 (%18.2) ve kontrol grubundan 12 (%11.7) deneğin psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Toplamda bu 23 deneğin 4'ünün panik atak, 19'unun ise majör depresyon hikâyesi mevcuttu. Gruplar arası psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$).

Tablo–9: Çalışmaya katılan kişilerin anksiyete ve depresyon skorlarının (a) ve oranlarının (b) karşılaştırması.

	HD (n=39)	PD (n=43)	Tx (n=33)	Kontrol (n=103)	P değeri
HAD–A	3.9 \pm 3.1	5.5 \pm 3.6 ^{a,b}	6.6 \pm 4.7 ^{a,b}	3.8 \pm 3.8	<0.001
HAD–D	8.2 \pm 5.2 ^c	7.9 \pm 5.6 ^c	6.0 \pm 4.6 ^c	2.9 \pm 3.6	<0.001

HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, Tx: Transplant, HAD–A: Anksiyete skoru, HAD–D: Depresyon skoru, ^a $p < 0.05$ HD'e karşılık, ^b $p < 0.01$ Kontrole karşılık, ^c $p < 0.001$ Kontrole karşılık.

b

		HD (39)	PD (43)	Tx (33)	Kontrol (103)	P değeri
HAD-A	Eşik altı (0-10), n (%)	38 (97.4)	37 (86)	26 (78.8)	98 (95.1)	<0.01
	Eşik üstü (≥11), n (%)	1 (2.6)	6 (14)	7 (21.2) ^{a,b}	5 (4.9)	<0.01
HAD-D	Eşik altı (0-7), n (%)	20 (51.3)	23 (53.5)	19 (57.6)	86 (83.5)	<0.001
	Eşik üstü (≥8), n (%)	19 (48.7) ^c	20 (46.5) ^c	14 (42.4) ^b	17 (16.5)	<0.001

HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, Tx: Transplant, HAD-A: Anksiyete skoru, HAD-D: Depresyon skoru, ^a p<0.05 HD'e karşılık, ^b p<0.01 Kontrol'e karşılık, ^c p<0.001 Kontrol'e karşılık.

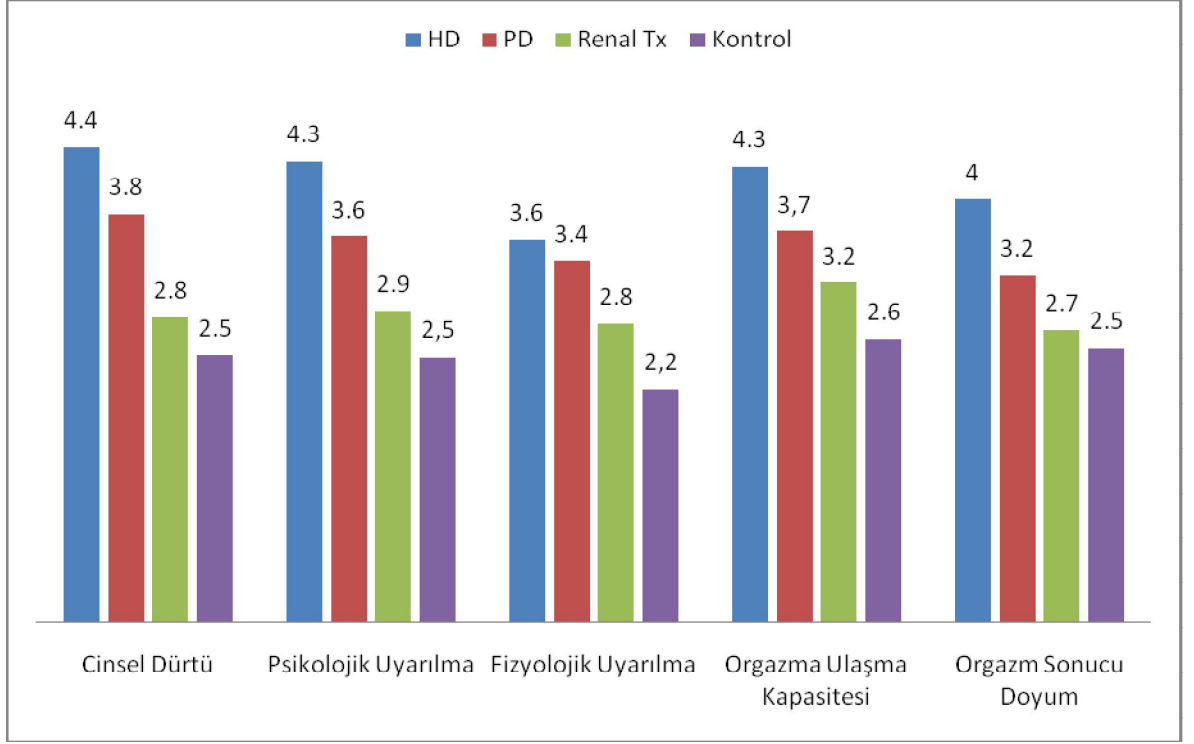
ASEX skorları Tablo-10'da gösterildi. Her 5 sorusunun skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Toplam puanda ve her 5 soru için ayrı ayrı değerlendirildiğinde sırasıyla en yüksek skorlar HD, PD, Tx ve kontrol gurubunda idi. Toplam skorların alt başlıklara göre guruplar arasında dağılımı Şekil-1'de gösterildi.

Tablo-10: ASEX alt gurup skorlarının guruplar arası değerlendirmesi

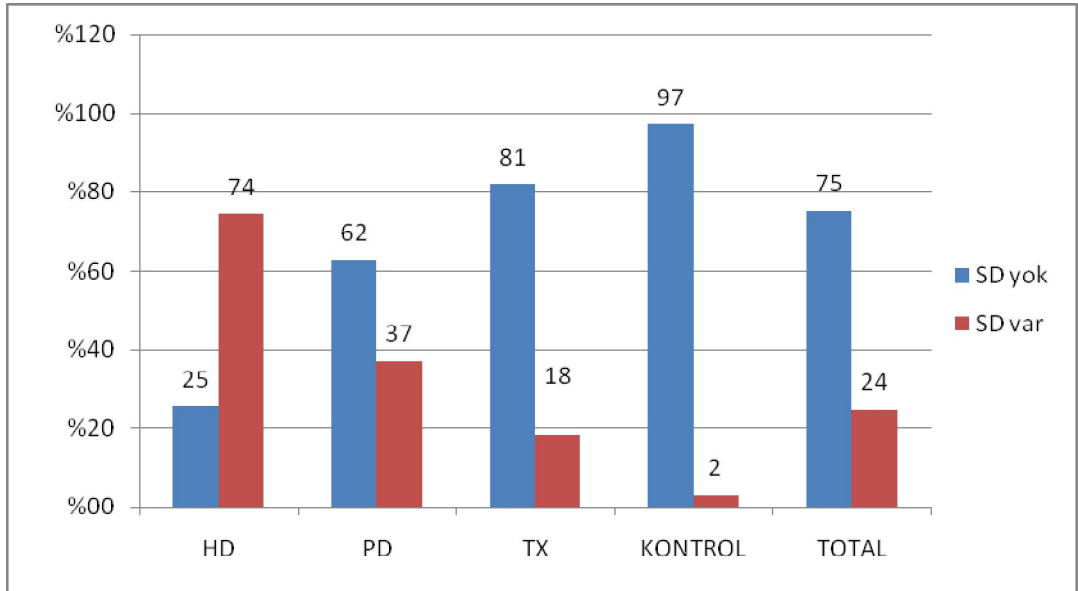
	HD (n=39)	PD (n=43)	Tx (n=33)	Kontrol (n=103)	P değeri
Cinsel Dürtü	4.4 ± 1.1 ^{a,b,c}	3.8 ± 1.1 ^{a,b}	2.8 ± 1.1 ^d	2.5 ± 0.7	<0.001
Psikolojik Uyarılma	4.3 ± 1.0 ^{a,b,c}	3.6 ± 1.1 ^{a,e}	2.9 ± 1.1	2.5 ± 0.6	<0.001
Fizyolojik Uyarılma	3.6 ± 0.9 ^{a,b}	3.4 ± 0.9 ^{a,e}	2.8 ± 1.1 ^f	2.2 ± 0.7	<0.001
Orgazma Ulaşma Kapasitesi	4.3 ± 0.8 ^{a,b,c}	3.7 ± 0.9 ^{a,g}	3.2 ± 0.8 ^f	2.6 ± 0.8	<0.001
Orgazm Sonucu Doyum	4.0 ± 1.2 ^{a,b,c}	3.2 ± 0.9 ^{a,g}	2.7 ± 0.7	2.5 ± 0.7	<0.001
Toplam Skor	20.7 ± 3.0 ^{a,b,c}	17.9 ± 4.5 ^{a,b}	14.6 ± 3.9 ^f	12.4 ± 3.0	<0.001

ASEX: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, Tx: Transplant, ^a p<0.001 Kontrol'e karşılık, ^b p<0.001 Tx'e karşılık, ^c p<0.01 PD'ye karşılık, ^d p<0.05 Kontrol'e karşılık, ^e p<0.01 Tx'e karşılık, ^f p<0.01 Kontrol'e karşılık, ^g p<0.05 Tx'e karşılık.

HD, PD, Tx ve Kontrol guruplarında sırasıyla 29 (%74.4), 16 (%37.2), 6 (%18.2), 3 (%2.9) kişide SD olduğu belirlendi. Kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında SD oranları Tx (p<0.01) ve diyaliz (p<0.001) hastalarında daha yüksek saptandı. HD gurubunun SD oranları, PD (p<0.01) ve Tx (p<0.001) gurubuna göre de anlamlı yüksek idi (Şekil-2).

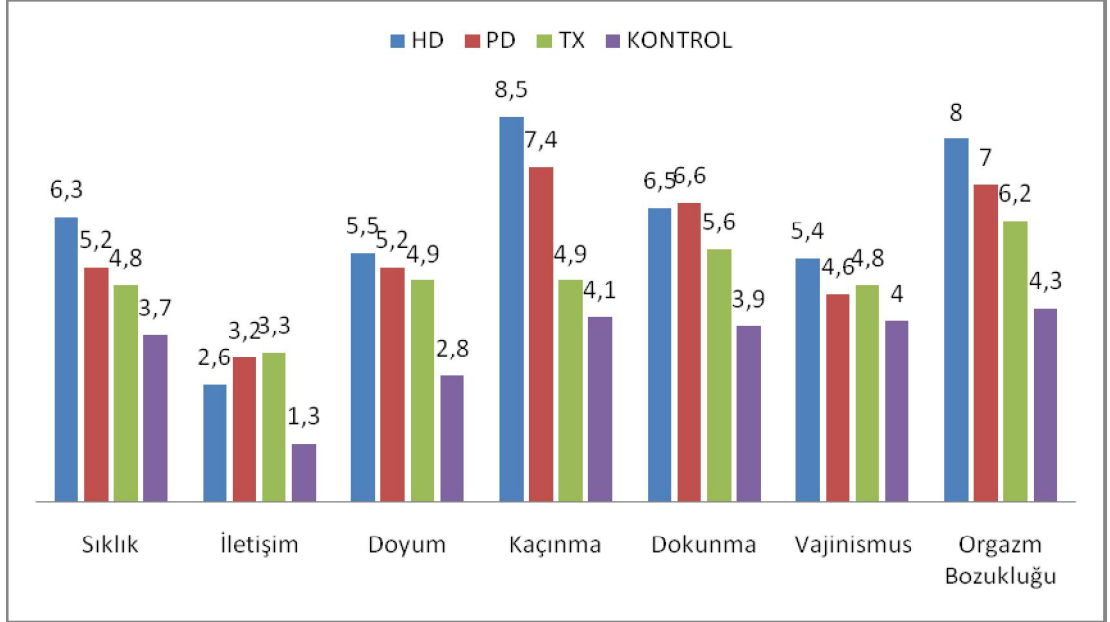


Şekil-1: Çalışma gruplarının Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği skorlarının karşılaştırması.



Şekil-2: ASEX toplam skorlarına göre Seksüel disfonksiyon sıklığının guruplar arası karşılaştırılması.

Çalışmaya katılan bayanlara ASEX'in yanında Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) de uygulandı. GRISS toplam skoru ve alt boyutlarının skorları Şekil–3'de gösterildi.



Şekil–3: Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam ve alt boyutlarının skorları.

Toplam skorda RRT guruplarının kontrol gurubuna göre anlamlı derecede yüksek skora sahip olduğu, HD gurubunun ayrıca Tx'e göre de daha yüksek skorunun olduğu belirlendi. GRISS'nin sıklık alt gurubu değerlendirmesinde Tx gurubunun daha az olmak üzere her 3 RRT gurubunun da kontrole göre anlamlı skor yüksekliğinin olduğu, HD gurubunun PD ve Tx guruplarına göre de daha yüksek skora sahip olduğu saptandı. İletişim, doyum ve dokunma alt değerlendirmelerinde her 3 RRT gurubunun da kontrol gurubundan anlamlı yükseklikte skorlara sahip olduğu saptanırken vajinismus alt değerlendirmesinde guruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. HD ve PD guruplarının Kontrol ve Tx guruplarına göre kaçınma skorlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Her 3 gurubun da orgazm skoru kontrol gurubundan yüksek saptandı. HD gurubunun Tx'e göre orgazm skorunun anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Tablo–11).

Tablo–11: GRISS toplam skor ve alt gurup değerlendirmesi.

	HD (n=39)	PD (n=43)	Tx (n=33)	Kontrol (n=103)	P değeri
Toplam skor	51.1 ± 16.5 ^{a,b}	46.7 ± 14.4 ^a	40.8 ± 15.8 ^a	28.3 ± 14.7	<0.001
Sıklık skoru	6.3 ± 1.6 ^{a,c,d}	5.2 ± 1.9 ^a	4.8 ± 1.7 ^e	3.8 ± 1.5	<0.001
İletişim skoru	2.7 ± 2.0 ^a	3.0 ± 2.0 ^a	3.4 ± 2.6 ^a	1.4 ± 1.6	<0.001
Doyum skoru	5.6 ± 2.8 ^a	5.4 ± 2.9 ^a	4.9 ± 3.0 ^a	2.9 ± 2.9	<0.001
Kaçınma skoru	8.5 ± 3 ^{a,f}	7.4 ± 3.1 ^{a,c}	5.0 ± 2.8	4.2 ± 2.6	<0.001
Dokunma skoru	6.5 ± 3.0 ^a	6.4 ± 3.1 ^a	5.7 ± 3.0 ^a	3.9 ± 2.8	<0.001
Vajinismus skoru	5.4 ± 3.3	4.6 ± 3.5	4.8 ± 2.5	4.0 ± 2.2	AD
Orgazm skoru	8.0 ± 3.2 ^{a,b}	6.8 ± 2.8 ^a	6.2 ± 2.8 ^e	4.3 ± 2.6	<0.001

GRISS: Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği, HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, Tx: Transplant, AD: Anlamlı değil, ^a p<0.001 Kontrolle karşılık, ^b p<0.05 Tx'e karşılık, ^c p<0.01 Tx'e karşılık, ^d p<0.01 PD'ye karşılık, ^e p<0.01 Kontrolle karşılık, ^f p<0.001 Tx'e karşılık.

Hem ASEX ile hem de GRISS ile değerlendirildiğinde Tx gurubunda Kontrol gurubuna göre daha fazla oranda SD olmakla beraber HD ve PD gurubuna göre anket skorları anlamlı düşük bulunmuştur.

SD olan (n=54) ve olmayan (n=164) katılımcılarda tüm parametreler Univariate analiz ile karşılaştırıldı (Tablo–12). Anlamlı farklılık olan değişkenler Binary Logistic regresyon analizi modeline konuldu. Bu analizde evlilik süresi, depresyonu olmak, PD veya HD hastası olmak SD için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi (Tablo–13).

Tablo-12: SD olan ve olmayan katılımcılarda Univariate analizde anlamlı farklılık olan değişkenler.

Değişken	SD (+) (n=54)	SD (-) (n=164)	P değeri
HD oranı, n (%)	29 (74.4)	10 (25.6)	<0.001
PD oranı, n (%)	16 (37.2)	27 (62.8)	<0.05
Ek hastalığı olmak, n (%)	14 (63.6)	8 (36.4)	<0.001
Anemisi olmak, n (%)	34 (58.6)	24 (41.4)	<0.001
Depresyonu olmak, n (%)	32 (45.7)	38 (54.3)	<0.001
Çalışıyor olmak, n (%)	6 (8.2)	67 (91.8)	<0.001
Araç sahibi olmak, n (%)	34 (36.6)	59 (63.4)	<0.01
Gelir >1500 TL, n (%)	15 (17.4)	71 (82.6)	<0.05
Yaş, yıl	42.5 ± 4.8	37.7 ± 6.8	<0.001
Eğitim süresi, yıl	4.8 ± 3.4	7.9 ± 3.8	<0.001
Evlilik süresi, yıl	23.1 ± 6.5	13.9 ± 8.1	<0.001
Eşinin yaşı, yıl	48.0 ± 5.6	39.9 ± 8.2	<0.001
Eş eğitim süresi, yıl	7.4 ± 3.3	10.4 ± 4.0	<0.001
Eş çalışma süresi, saat/hafta	21.4 ± 28.2	41.0 ± 22.3	<0.001
Birlikte geçirdikleri zaman, saat/hafta	38.0 ± 13.0	42.0 ± 11.6	<0.05
Çocuk sayısı	2.4 ± 1.3	1.56 ± 1.0	<0.001

SD: Seksüel Disfonksiyon, HD: Hemodiyaliz, PD: Periton diyalizi

Tablo-13: SD ve seçilmiş faktörler arasındaki ilişkinin multipl logistic regresyon sonuçları.

Değişken	P değeri	Exp (B)	%95 GA
HD vs HD olmayan	<0.001	28.710	9.617 – 85.704
PD vs PD olmayan	0.01	3.989	1.384 – 11.502
Evlilik süresi, yıl	<0.001	1.142	1.064 – 1.225
Depresyonu olmak vs olmamak	0.05	2.491	0.995 – 6.233

GA: Güven Aralığı, HD: Hemodiyaliz, PD: Periton diyalizi, Değişkenler logistic regresyon modeli ile analiz edildiğinde anlamlı bir model elde edildi. ($X^2 = 0.575$, $p < 0.001$, overall percentage %84.9).

TARTIŞMA VE SONUÇ

KBY, hastaların yaşamını ve hayat kalitesini oldukça olumsuz etkileyen ciddi bir hastalıktır. HD ve PD gibi RRT'lerini uzun süredir alan hastalar devamlı olarak girişimsel işlemlere ve ilaç kullanımına maruz kalmaktadırlar. SDBY'li erkek ve bayan hastaların cinsel sağlığı bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (11, 53–56).

Çalışmamızda SD olan (n=54) ve olmayan (n=164) katılımcıların Univariate analiz ile karşılaştırması sonucu anlamlı farklılık bulunan değişkenlerin Binary Logistic regresyon analizi modeline konması sonucu HD ve PD hastası olmanın SD için bağımsız risk faktörü olduğu tespit edildi. Buna göre HD ve PD hastalarında SD gelişme riskinin sırasıyla 28.7 ve 3.9 kat arttığı görüldü.

ASEX ölçeği ile SD sıklığının RRT alan hastalarda sağlıklı kontrollerden (%2.9) yüksek olduğu görüldü. SD sıklığı HD gurubunda (%74.4) hem PD gurubundan (%37.2) hem de Tx gurubundan (%18.2) anlamlı yüksekti. Ancak Tx ve PD gurupları arasındaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Bununla birlikte total skora bakıldığında en yüksek skor HD gurubunda sonra sırasıyla PD, Tx ve Kontrol guruplarında saptandı. Tüm guruplar arasında toplam skorlar arasında anlamlı fark vardı. Dolayısıyla HD tedavisi alanlara göre PD tedavisi alanlarda SD daha az sıklıkta görülmekteydi. Bu durum PD'nin daha az anemiye neden olması, orta molekül ağırlıklı maddeleri daha iyi temizlemesi ve rezidüel renal fonksiyonları daha iyi koruması ile ilişkili olabilir. Ayrıca PD hastalarının bir merkeze ve yardımcıya ihtiyaç duymadan kendilerine tedavi uygulayabilmeleri, daha az diyet kısıtlamasına maruz kalmaları psikolojik iyilik haline katkıda bulunarak cinsel fonksiyonları olumlu etkileyebilir. Kettaş ve ark. (57) 131 SDBY hastası bayanın katıldığı çalışmada HD hastalarında PD hastalarına göre 5.23 kat daha fazla SD gelişme riski olduğunu saptamışlardır. Stewart diyaliz hastalarının cinsel fonksiyonları ile ilgili derlemesinde HD hastalarındaki fistül varlığının, hayat boyu makine

bağımlılığının, cilt rengi değişikliklerinin, yaşadıkları yorgunluk, baş ağrısı, göğüs ağrısı, azalmış kas tonusu ve kilo kaybının ve bozulmuş vücut görüntüsünün SD'a sebep olabileceğine vurgu yapmıştır (55). Tx gurubunun ise diyaliz hastalarından daha iyi cinsel fonksiyonu olduğu saptanmakla birlikte toplam skorun hala kontrol gurubundan yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Literatürde bayan Tx hastalarında SD sıklığını araştıran sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Toorians ve ark. (11) yaptığı bir çalışmada cinsel fantezi ve cinsel aktivite isteği eksiklik prevalansı HD gurubunda %100, PD gurubunda %67 ve Tx gurubunda %31 olarak saptamışlar. Başok ve ark.'nın (58) FSFI (Female Sexual Function Index) kullanarak yaptıkları bir çalışmada kadınlarda SD sıklığı prediyaliz (n=21), HD (n=24), PD (n=21), Tx (20) ve sağlıklı kontrol (n=20) guruplarında sırasıyla %81, %75, %66.7, %50 ve %50 olarak saptanmıştır. Guruplar arasında FSD sıklığı açısından anlamlı farklılık olduğu Tx gurubunun gerek toplamda gerekse de alt gurup değerlendirmesinde kontrol gurubuna en yakın skorlar elde edildiği raporlanmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan bayanlarda SD ile hormon (FSH, LH, prolaktin, östrodiyol ve testosteron) düzeyleri arasında korelasyon olmadığını bildirmişlerdir. Ghahramani ve ark (23) transplant yapılan 33 bayanda %85 normal libido olduğunu gösterirken, Burgos ve ark. (22) transplant sonrası erkek hastaların %70'inin cinsel istekliliğini "iyi" olarak gördüğünü bildirmiştir. Bunun yanında Diemont ve ark. (25) nakil sonrası bayanlarda cinsel problem sıklığını %44.4 olarak bildirmişlerdir.

Gurupların GRISS ile cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesinde toplam skorda RRT guruplarının Kontrol gurubuna göre anlamlı yüksek skorları olduğu, ayrıca HD gurubunun Tx'e göre de daha yüksek toplam skorunun olduğu belirlendi. Ancak PD ve Tx gurupları arasında anlamlı fark bulunamadı. GRISS değerlendirmesinde sıklık, iletişim, doyum, kaçınma (cinsel isteksizlik), dokunma (tensel temas), vajinismus ve anorgazmi alt boyutlarında gurupların elde ettiği skorlar karşılaştırıldı. İletişim, dokunma ve doyum değerlendirmesinde RRT guruplarının ortalama skorları kontrol gurubuna göre anlamlı yüksek olmakla birlikte kendi aralarında benzer olduğu gözlemlendi. Orgazm değerlendirmesinde RRT alan gurupların kontrol

gurubuna göre anlamlı yüksek skorları saptanırken Tx gurubunda orgazm skorları HD gurubuna göre anlamlı düşük saptandı. Kaçınma skorları HD ve PD guruplarında Tx ve Kontrol guruplarından anlamlı yüksek gözlenirken vajinismus açısından guruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi. Yaptığımız İngilizce literatür taramasında GRISS ile RRT hastalarında cinsel fonksiyonu değerlendiren çalışmaya rastlamadık. Ancak Başok ve ark. (58) FSFI ile cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı alt başlıklarını inceledikleri çalışmalarında guruplar arasında (HD, PD, Tx, Prediyaliz, Kontrol) lubrikasyon ve ağrı skorları açısından anlamlı farklılık saptamazken, HD gurubunun Kontrol ve Tx gurubuna göre anlamlı olarak daha az cinsel isteklilikte olduğunu bildirilmişlerdir. HD hastalarının orgazm problemlerinin kontrol gurubuna göre daha fazla yaşadığı görülürken prediyaliz hastalarda cinsel doyum ve uyarılmanın Kontrol gurubuna göre daha problemlili olduğu saptanmıştır. Peng ve ark. (59) yaptığı bir çalışmada HD tedavisi alan bayan hastaların sağlıklı bayanlara göre ortalama cinsel fonksiyon skorunun anlamlı derecede düşük olduğunu saptamıştır. Guan ve ark. (60) sağlıklı bayanlarla SDBY'li bayanların cinsel fonksiyonlarını karşılaştırdığı bir çalışmalarında SDBY'li kadınlarda sağlıklı kadınlara göre cinsel tatminsizlik, yetersiz orgazm ve azalmış libidonun daha belirgin olduğunu belirtmişlerdir. Schover ve ark. (24) nakil sonrası kadınlarda cinsel doyumda anlamlı bir artış olmadığını raporlamışlardır.

Çalışmamıza katılan bayanların anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirmesinde RRT alan guruplarda depresyon skorlarının kontrol gurubundan anlamlı yüksek olduğu görülürken, RRT gurupları arasındaki depresyon skorları farklı bulunmadı. Kesme puanlarına göre (≥ 8) RRT alan katılımcılarda depresif kişi oranı Kontrol gurubuna göre yüksek bulundu. Ancak RRT alanlarda depresif kişi oranı benzerdi. Ayrıca yaptığımız logistic regresyon analizi sonucunda depresyonun bağımsız risk faktörü olduğu ve SD riskini 2.4 kat arttırdığı belirlendi. Peng ve ark. (59) HD tedavisi alan bayan hastalarda depresyon ile SD derecesi arasında direkt korelasyon olduğunu raporlamışlardır. Soykan ve ark. (45) da depresyonun HD alan bayan hastalarda görülen SD'da önemli bir risk faktörü olduğunu

belirtmişlerdir. PD ve Tx guruplarının anksiyete skorları Kontrol ve HD guruplarına göre daha yüksek idi. PD ile Tx, HD ile Kontrol gurupları arasında anlamlı farklılık yoktu. Kesme puanlarına (≥ 11) göre Tx gurubunda HD ($p < 0.05$) ve Kontrol ($p < 0.01$) guruplarına göre daha fazla kişide anksiyete varlığı tespit edilirdi. Kontrol gurubunda HD ($p < 0.001$), PD ($p < 0.001$) ve Tx ($p < 0.01$) guruplarına göre daha az kişide depresyon varlığı gözlemlendi. Aksoy (61) yaptığı çalışmada anksiyete bozuklukları içinde değerlendirilen obsesif kompulsif bozukluk ve panik atak hastalarında cinsel işlev bozukluğunun anksiyete bozukluğu bulunmayan sağlıklı kişilere göre daha sık bulunduğunu saptamıştır. Söz konusu çalışmada sistemik hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldığından elde edilen sonuçların mevcut çalışmamızdan farklı bir popülasyon için geçerli olduğu düşünülebilir. Böbrek yetmezliği ve diyaliz hayat kalitesini olumsuz etkileyerek anksiyete, depresyon, insanlar içinde stres ve evlilikte problemler ile sonuçlanabilir (62). Lau ve ark. (63) kadınların cinsel problemlerinin erkeklere göre mental sağlığından daha fazla etkilendiğini bildirmiştir. Tavallai ve ark. (64) da benzer şekilde kadınlarda SD'un kötü mental sağlık ile korele olduğunu raporlamışlardır.

Literatürde kadınlarda SD risk faktörleri arasında yaş, düşük eğitim seviyesi, depresyon, üremi, kronik hastalık, çalışma durumu, cinsel saldırı, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve fiziksel sağlık durumu sayılmaktadır (4, 65–70). Kettaş ve ark. (57) yaptığı bir çalışmada SDBY hastalarında yaş, üzüntülü olay hikâyesi, menstruasyon durumu, diyaliz tipi, fistül varlığı, doğurduğu çocuk sayısı ve önceki ameliyat yerini de içeren fizyolojik, psikolojik ve medikal durumların SD açısından risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir.

Kadın SD'da yaş en önemli risk faktörüdür (4,65,67). Çalışmamızda guruplar arasında yaş bakımından anlamlı farklılık saptanmazken katılımcıların tamamı birlikte SD olanların yaşları (42 ± 4 yıl,%27.1, 30–47) SD olmayanlara göre (37 ± 6 yıl,%72.9, 22–49) anlamlı yüksekti ($p < 0.001$). Iacovides ve ark. (71) SDBY hastalarında yaş ile SD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğunu raporlamışlardır. Başka çalışmalarda HD hastalarında SD'nin ve cinsel aktivitedeki azalmanın yaşla arttığını

göstermişlerdir (59, 72). Literatür bulguları ile örtüşen bu verilere ilaveten mevcut verilerle yaşın SDBY ile ilişkisiz bir SD risk faktörü olduğu söylenebilir. SD renal yetmezliği olan hastalar içerisinde yaşlı olanlarda gençlere göre daha sık görülmektedir (11). Abram ve ark. (73) 30 yaşından küçük non–diyabetik diyaliz hastalarında yaşlı guruplara göre SD'un daha az sıklıkla olduğunu bildirilmişlerdir.

Çalışmamızda HD, PD, Tx ve Kontrol guruplarının karşılaştırmasında sistemik hastalık varlığı ve kreatinin düzeyleri açısından guruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu. Kubin ve ark. (74) diyabet ve kardiyovasküler hastalıkları da içeren kronik hastalıkların erkeklerde artmış erektil disfonksiyon (ED) ile birlikte olduğunu raporlamışlardır. Gazzaruso ve ark. (75) ED ile sessiz koroner arter hastalığı arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu özellikle diyabetik hastalarda ED varlığının sessiz koroner iskeminin kuvvetli bir göstergesi olduğunu saptamışlar. Başok ve ark. (58) ise kan basıncı ve kolesterol düzeylerini bayan hastalarda SD ile ilişkili bulmazken kan şekeri düzeylerinin SD'lu hastalarda anlamlı yüksek olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada serum kreatinin düzeyinin cinsel fonksiyonu etkileyen önemli bir klinik faktör olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu Fujisawa ve ark.'nın (76) Tx ve HD hastalarında yaptıkları hayat kalitesi çalışmasındaki kreatinin seviyesi ve hayat kalitesi arasındaki ilişki ile desteklenmektedir. Ancak Raiz ve ark. (77) Tx hastalarında kreatinin düzeyi ile cinsel fonksiyon arasında bir korelasyon olmadığını raporlamışlardır.

HD ve PD guruplarının eğitim süresi kontrol gurubundan daha düşüktü ($p<0.001$), Tx gurubunun sadece HD gurubuna göre ($p<0.05$) eğitim süresi daha yüksek bulundu. RRT alan guruplarda çalışanların sayısı kontrol gurubuna göre daha düşüktü. HD gurubunda çalışanların sayısı sadece Tx gurubuna göre anlamlı düşük gözlemlendi. Düşük eğitim düzeyi ve işsizlik SD açısından önemli risk faktörleridir (4, 78).

Tüm guruplarda 92 (%42.2) kişinin görücü usulü ile evlendiği gözlemlendi. Bekâr katılımcı yoktu. HD gurubunda görücü usulü ile evlenenlerin oranı diğer guruplara göre anlamlı yüksekti. Evlenme şekli ile SD arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çalışmamızda HD ve PD

gurubundaki hastaların Kontrol gurubuna göre daha uzun süredir evli oldukları ve daha fazla sayıda çocuklarının olduğu saptandı. Tx gurubunun Kontrol gurubuna göre evlilik süresi daha uzun iken HD gurubuna göre bu sürenin daha kısa olduğu bulundu. Ayrıca evlilik süresinin uzunluğu ve çocuk sayısının fazlalığı ile SD arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Ayrıca yapılan logistic regresyon analizinde evlilik süresinin bağımsız risk faktörü olduğu, SD riskini 1.1 kat arttırdığı tespit edildi. Literatürde ileri yaş, fazla çocuk sayısı ve işsizliğin hastalarda SD'ü kötüleştiren faktörler olduğunu bildirilmiştir (4, 78). Kettaş ve ark. (57) 3 ve üzerinde çocuk sahibi olanların 2 ve altında çocuk sahiplerine göre 2.7 kat daha fazla SD riski olduğunu raporlamışlardır.

Haftalık cinsel ilişki sayısı açısından HD ve PD gurubundaki hastaların kontrol ve Tx guruplarına göre anlamlı daha az sayıda haftalık cinsel ilişkiye girdikleri belirlendi. Tavallai ve ark. (64) 124 erkek (n=77) ve kadın (n=47) transplant hastası ile yaptıkları bir çalışmada cinsel ilişki frekansını erkek ve kadınlarda ayda 2 ± 2 olarak gözlemlemişler. Erkeklerin ve bayanların sırasıyla %48 ve %64'ü önceki ay boyunca cinsel ilişkiye girmediklerini, sırasıyla %34 ve %51'i cinsel ilişkiden tatmin olmadıklarını belirtmişler. Burgos ve ark. (22) bir aydaki ortalama cinsel ilişki sayısını pre- ve post-transplant sırası ile 2 ve 4 olarak bildirmişlerdir.

Yaptığımız İngilizce literatür taramasında çalışmalara katılan böbrek alıcılarının eş, aile, iletişim ve sosyal çevrelerine ilişkin detaylı bir araştırmaya rastlanmadı.

HD gurubunda 1500 TL üzerinde aylık geliri olanların sayısı kontrol ($p<0.01$) ve Tx ($p<0.05$) gurubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptandı. Gurupların ev, araba ve gelir düzeylerinin birlikte değerlendirilmesi ile oluşturulan SES skorları arasında istatistiksel anlamlılığa ulaşan farklılık saptanmadı.

HD, PD ve Tx guruplarındaki hastaların sırasıyla %64.1, %53.5, %63.6'i ilk cinsel bilgilerini eşlerinden öğrenirken Kontrol gurubunda ilk cinsel bilgilerini eşinden öğrenenlerin oranı %29.1 idi.

HD ve PD guruplarında eşlerin yaş ortalamaları Kontrol gurubuna göre anlamlı derecede yüksek iken Tx gurubunun yaş ortalaması PD ve HD guruplarına göre anlamlı derecede düşük bulundu. Her üç RRT gurubunun eşlerinin ortalama eğitim süreleri Kontrol gurubuna göre anlamlı düşük bulundu. Tx gurubunun eşlerinin eğitim süresi ortalaması HD gurubundan anlamlı daha yüksekti. PD gurubundaki hastaların eşlerinin haftalık çalışma saati HD gurubuna göre daha fazla olmasına karşın her iki gurubun da eşlerinin haftalık çalışma saatleri kontrol ve Tx gurubundan daha düşük bulundu. HD gurubundaki hastaların eşleri ile birlikte geçirdikleri sürenin Kontrol, Tx ve PD guruplarından anlamlı daha kısa olduğu belirlendi.

Ortalama anne ve baba eğitim süreleri HD ve PD guruplarında daha belirgin olmak üzere RRT guruplarında Kontrol gurubundan anlamlı daha düşük saptandı. HD gurubunun anne ve baba eğitim süreleri PD gurubunda ise anne eğitim süresi Tx gurubuna göre daha düşük gözlemlendi.

Sonuç olarak;

Çalışmaya katılan bayanların yaş ortalaması 38 ± 6 yıl idi. Guruplar arasında yaş ortalaması, diyaliz süreleri ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı fark yoktu. Ek sistemik hastalık varlığı açısından RRT gurupları ile Kontrol gurubu arasında anlamlı fark gözlenirken RRT guruplarının birbirleri arasındaki fark anlamlı değildi. Hemoglobun ve kreatinin değerlerinin RRT gurupları arasında yapılan karşılaştırmasında gurup içinde değerlerin birbirinden anlamlı farklı olduğu tespit edildi.

HD ve PD guruplarının eğitim sürelerinin kontrol gurubundan, HD gurubunun ayrıca Tx gurubundan da eğitim sürelerinin düşük olduğu saptandı. RRT guruplarındaki çalışanların sayısının Kontrol gurubuna göre, ilaveten HD gurubundaki çalışan sayısının Tx gurubuna göre anlamlı daha düşük olduğu tespit edildi. Katılımcıların ev sahibi olmak, araba sahibi olmak ve gelirin >1500 TL olması gibi değişkenlerin birlikte değerlendirilmesi ile oluşturulan sosyoekonomik durum skorları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Evlilik süreleri açısından RRT guruplarının Kontrol gurubuna göre daha uzun süredir evli oldukları, ek olarak HD gurubundaki hastaların Tx gurubundakilere göre daha uzun süredir evli oldukları belirlendi. HD

gurubunda görücü usulü ile evlenenlerin oranının diğer guruplara göre anlamlı yüksek olduğu gözlemlendi. HD ve PD guruplarındaki hastaların eşlerinin yaş ortalamalarının Tx ve kontrol guruplarına anlamlı yüksek olduğu ve eşlerinin çalışma saatlerinin kontrol ve Tx guruplarından anlamlı düşük olduğu görüldü. RRT guruplarındaki hastaların eşlerinin, anne ve babalarının eğitim sürelerinin kontrol gurubuna göre anlamlı daha düşük olduğu görüldü. HD gurubundakilerin eşlerinin eğitim sürelerinin Tx gurubundakilere göre de anlamlı düşük olduğu, HD ve PD guruplarının annelerinin eğitim sürelerinin aynı zamanda Tx gurubundan da anlamlı düşük olduğu ancak babalarının eğitimi açısından HD gurubunun Tx gurubundan anlamlı düşük olduğu gözlemlendi. HD gurubundaki hastaların diğer guruptaki katılımcılara göre eşi ile anlamlı daha az vakit geçirdiği belirlendi. HD ve PD guruplarındaki hastaların Tx ve Kontrol gurubuna göre haftalık cinsel ilişki sayısı anlamlı düşük iken kontrol gurubuna göre çocuk sayıları anlamlı yüksekti.

Katılımcıların %79'u cinsel bilgilerini yeterli buluyordu. RRT guruplarındaki hastaların çoğu ilk cinsel bilgilerini eşinden öğrenirken bu oran kontrol gurubunda daha düşük saptandı. HD ve kontrol guruplarında en sık kondom ile korunma tercih edilirken PD ve Tx guruplarında geri çekilme en çok tercih edilen korunma yöntemi idi.

Anksiyete ve depresyon açısından yapılan değerlendirmede RRT guruplarının Kontrol gurubuna göre daha depresif olduğu ancak gurupların birbirleri arasında depresyon açısından anlamlı farklılık olmadığı gözlemlendi. PD ve Tx guruplarının HD ve kontrol guruplarına göre daha anksiyöz oldukları saptandı. ASEX ile yapılan SD değerlendirmesinde HD, PD, Tx ve Kontrol guruplarında sırasıyla 29 (%74.4), 16 (%37.2), 6 (%18.2), 3 (%2.9) kişide SD olduğu belirlendi. Kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında SD oranları Tx ($p<0.01$) ve diyaliz ($p<0.001$) hastalarında daha yüksek saptandı. HD gurubunun SD oranları, PD ($p<0.01$) ve Tx ($p<0.001$) gurubuna göre de anlamlı yüksek idi. GRISS ile yapılan değerlendirmede toplam skorda RRT guruplarının kontrol gurubuna göre anlamlı derecede yüksek skora sahip olduğu, HD gurubunun ayrıca Tx gurubuna göre de daha yüksek skorunun olduğu belirlendi.

Hem ASEX ile hem de GRISS ile değerlendirildiğinde Tx gurubunda Kontrol gurubuna göre daha fazla oranda SD olmakla beraber HD ve PD guruplarına göre anket skorları anlamlı düşük bulunmuştur.

Univariate analiz ile SD olan (n=54) ve olmayan (n=164) katılımcılarda tüm değişkenler karşılaştırıldı. Anlamlı olan uygun değişkenlere regresyon analizi uygulandı. Multivariate analiz hemodiyaliz, periton diyalizi hastası olmanın, depresyon varlığının ve evlilik süresinin SD için bağımsız risk faktörleri olduğunu gösterdi. HD ile tedavi ediliyor olmanın SD riskini 28.7 kat, PD ile tedavi ediliyor olmanın SD riskini 3.9 kat arttırdığı tespit edildi. Depresyonu olan hastaların depresyonu olmayanlara göre 2.4 kat daha fazla SD riski olduğu görüldü. Evlilik süresinin de SD riskini 1.1 kat arttırdığı görüldü.

Çalışmamız diyaliz ve Tx hastalarında Kontrol gurubuna göre daha yüksek oranda görülen SD'un etyolojisinin multifaktöriyel olduğunu göstermiştir. Bu sebeple bu hastalar hayat kalitesini arttırmak adına cinsel fonksiyonları açısından da sorgulanmalıdır. Özellikle bayan Tx hastalarında olmak üzere RRT hastalarında SD'un altta yatan sebeplerine yönelik geniş gurupları içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM. Women's Sexual Function and Dysfunction. Florida: Taylor & Francis, 2006.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999;281:537-44.
3. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization, 1992.
4. Çayan S, Akbay E, Bozlu M. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int 2004;72:52-7.
5. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Press 1994.
6. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol 2000;163:888-93.
7. Berman JR, Goldstein I. Female sexual dysfunction. Urol Clin North Am 2001;28:404-16.
8. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R. Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. Journal of Sexual Med 2004;1(1):35-9.
9. Demirezen E. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. STED 2006;15:80.
10. Phillips NA. The clinical evaluation of dyspareunia. Int J Impot Res 1998;10:117-20.
11. Toorians AW, Janssen E, Laan E, et al. Chronic renal failure and sexual functioning: clinical status versus objectively assessed sexual response. Nephrol Dial Transplant 1997;12:2654-63.
12. Camsari T, Cavdar C, Yemez B, et al. Psychosexual function in CAPD and hemodialysis patients. Perit Dial Int 1999;19:585.
13. Foulks CJ, Cushner HM. Sexual dysfunction in the male dialysis patient: pathogenesis, evaluation and therapy. Am J Kidney Dis 1986;8:211.
14. Campese VM, Liu CL. Sexual dysfunction in uremia: endocrine and neurological alterations. Contribution Nephrology 1990;77:1.
15. Levy NB. Sexual adjustment to maintenance hemodialysis and renal transplantation: national survey by questionnaire: preliminary report. Trans Am Soc Artif Intern Organs 1973;19:138.
16. Sherman FP. Impotence in patients with chronic renal failure on dialysis: its frequency and etiology. Fertil Steril 1975;26:332.
17. Dipaolo N, Capotondo L, Gaggiotti E, et al. Sexual function in uremic patients. Contrib Nephrol 1990;77:34-44.
18. Culley C, Carson and Mannish P. The epidemiology, anatomy, physiology and treatment of erectile dysfunction in chronic renal failure patients. Adv Ren Replace Ther 1999;6(49):296-309.

19. Levy N, Abram HS. Endocrinology of chronic renal failure in Mussury. Clin asp of uremia and dial 1996;317–23.
20. Rodger RS, Fletcher K, et al. Prevalence and pathogenesis of importance in 100 uremic men. Uremia Invest 1984;8:89–96.
21. Registry of the Nephrology, Dialysis and Transplantation in Turkey report, 2003.
22. Burgos FJ, Pascual J, Gomez V, et al. Effect of kidney transplantation and cyclosporine treatment on male sexual performance and hormone profile: a prospective study. Transplant Proceeding 1997;29:227.
23. Ghahramani N, Behzadi A, Gholami S, et al. Postrenal transplant improvement of sexual function. Transplant Proc 1999;31:31.
24. Schover LR, Novick AC, Steinmuller DR, et al. Sexuality, fertility and renal transplantation: a survey of survivors. J Sex Marital Ther 1990;16:3.
25. Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJH, et al. Sexual dysfunction after renal replacement therapy. Am J Kidney Dis 2000;35:845.
26. Glass C, Fielding DM, Evans C, et al. Factors related to sexual functioning in male patients undergoing hemodialysis and with kidney transplants. Arch Sex Behav 1987;16:189.
27. Menchini Fabris GF, Tunchis Ginggi, et al. Diagnosis and treatment of sexual dysfunction in patients affected by chronic renal failure on hemodialysis. Contib Nephrol 1990;77:24–33.
28. Gopolla A, Cuam C. Pituitary testicular evaluation in patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis treatment. Minerve Med 1990;81:461–5.
29. Rodger RC, Dewior JH, et al. Anterior pituitary dysfunction in patients with chronic renal failure treated by hemodialysis or continuous ambulatory peritoneal dialysis. Nephron 1986;43:169–73.
30. Zarifian A. Case study of anemic patient: Epoetin alfa—focus on sexual function. ANNA J 1994;21:368–71.
31. Imagawa A, Kawanish Y, et al. Is erythropoetin effective for impotence in dialysis patients. Nephron 1990;54:95–109.
32. Schafer RM, Kokut F, et al. Improved sexual dysfunction in hemodialysis patients on recombinant erythropoetin: a possible role for prolactin release. Clin Nephrol 1989;31:1–8.
33. Fearing MO. Case management of anemic patient. Epoetin alfa: Focus on sexual dysfunction. ANNA J 1992;19:570–1.
34. Lawrence IG, Price DE, et al. Erythropoetin and Sexual dysfunction. Nephrol Dial Transplant 1997;12:741–7.
35. Linet OI, Neff LL. Intracavernous prostaglandin E1 in erectile dysfunction. Clin Inves 1994;72:139–43.
36. Whitherington R. External penile applications for management of impotence. Semin Urol 1990;8:124–31.
37. Kabalin JN, Kesler R. Successful implant of penil prosthesis in organ transplant patients. Urology 1989;33:282–4.
38. Padma–Nathan H. Corporal pharmacotherapy for erectile dysfunction. Monogr Urol 1996;17:4.

39. Malavaud B, Rostaing L, Rischmann P, Sarramon JP, Durant D. High prevalence of erectile dysfunction after renal transplantation. *Transplantation* 2000;69:2121–4.
40. Salvatierra O Jr, Fortman JL, Belzer FO. Sexual function in males before and after renal transplantation. *Urology* 1975;5:64–6.
41. Samojlik E, Kirschner MA, Ribot S, Szmalec E. Changes in the hypothalamic–pituitary–gonadal axis in men after cadaver kidney transplantation and cyclosporine therapy. *J Androl* 1992;13:332–6.
42. Breza J, Reznicek J, Pribylincova V, Zvara P. Erectile dysfunction in patients treated with hemodialysis and kidney transplantation. *Bratislavske Lekarske Listy* 1993;94:489–93.
43. Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJ, et al. Sexual dysfunction after renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis* 2000;35:845–51.
44. Ersoy C, Imamoglu S, Tuncel E, Erturk E, Ercan I. Comparison of the factors that influence obesity prevalence in three district municipalities of the same city with different socioeconomic status: a survey analysis in an urban Turkish population. *Preventive Medicine* 2005;40:181–8.
45. Maruish, Mark E. *Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment, Volume 3* (3rd edn). Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Incorporated, 2004:630–633.
46. Soykan A, Boztas H, Kutlay S, et al. Do sexual dysfunctions get better during dialysis? Result of a six-month prospective follow-up study from Turkey. *Int J Impot Res* 2005;17:359–63.
47. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, et al. The Arizona Sexual Experience Scale: Validity and reliability, in *New Research Program and Abstracts, 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. Washington, DC, APA, 1997:116.
48. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) : Reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000;26:25–40.
49. Soykan A. The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res* 2004;16:531–4
50. Rust J, Golombok S. The Golombok–Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol* 1985;24:63–4.
51. Rust J, Golombok S. The GRISS—A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986;15:157–65.
52. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4:83–8.
53. Lindqvist R, Sjöden PO. Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *J Adv Nurs* 1998;27:312–9.
54. Suet–Ching WL. The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *J Adv Nurs* 2001;35:218–27.
55. Stewart M. Narrative literature review: Sexual dysfunction in the patient on hemodialysis. *J Nephrol Nurs* 2006;33:631–41.

56. Kaufman JM, Hatzichristou DG, Mulhall JP, Fitch WP, Goldstein I. Impotence and chronic renal failure: A study of the hemodynamic pathophysiology. *J Urol* 1994;151:612–8.
57. Kettaş E, Çayan F, et al. Sexual Dysfunction and Associated Risk Factors in Women with End–Stage Renal Disease. *J Sex Med* 2008;5:872–7.
58. Başok K, Atsu N. Assessment of female sexual function and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis and renal transplant patients. *Int Urol Nephrol* 2009;41:473–81.
59. Peng YS, Chiang CK, Kao TW, et al. Sexual dysfunction in female hemodialysis patients: A multicenter study. *Kidney Int* 2005;68:760–5.
60. Guan J, Fan JM, Zhang WD, et al. Sexual dysfunction in female patients with chronic renal insufficiency. *Sichuan Da Xue Bao Yi Xue Ban* 2005;36:555–8.
61. Aksoy M. Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. 2006.
62. Lew SQ, Patel SS. Psychosocial and quality of life issues in women with end–stage renal disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007;14:358–63.
63. Lau JT, Kim JH, Tsui HY. Prevalence of male and female sexual problems, perceptions related to sex and association with quality of life in a Chinese population: A population–based study. *Int J Impot Res* 2005;17:494–505.
64. Tavallai SA, Fathi–Ashtiani A, et al. Correlation between sexual function and postrenal transplant quality of life: does gender matter? *J Sex Med* 2007;4:1610–8.
65. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. GSSAB Investigators' group. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *Int J Impot Res* 2005;17:39–57.
66. Doruk E, Akbay E, Çayan S, et al. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. *Arch Androl* 2005;51:1–6.
67. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA* 1999;281:537–44.
68. Roose SP, Glassman AH, Seidman SN. Relationship between depression and other medical illnesses. *JAMA* 2001;286:1687–90.
69. Çayan S, Bozlu M, Canpolat B, Akbay E. The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: Does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions? *J Sex Marital Ther* 2005;30:333–41.
70. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: Incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 1999;54:385–91.
71. Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E, et al. Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end–stage renal disease undergoing dialysis. *Aging Clin Exp Res* 2002;14:354–60.

72. Suzuki N, Kumomato Y. Study of sexual function in male hemodialysis patients. *Nippon-Hingokika* 1995;86:1098–107.
73. Abram HS. Sexual functioning in patients with chronic renal failure. *J of Nervous Mental dis* 1975;160:220–6.
74. Kubin M, Wagner G, Fugl–Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2003;15:63
75. Gazzaruso C, Giordanetti S, De Amici E, et al. Relationship between erectile dysfunction and silent myocardial ischemia in apparently uncomplicated type 2 diabetic patients. *Circulation* 2004;110:22.
76. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, et al. Assessment of health–related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF–36 health survey. *Urology*. 2000;56:201–6.
77. Raiz L, Davies EA, Ferguson RM. Sexual functioning following renal transplantation. *Health Soc Work* 2003;28:264–72.
78. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175:654–8.
79. Harris D, Elder G. *Klinik diyalizin temel ilkeleri* (çeviri: Gürkan kazancı), Nobel kitabevi, 2008

EKLER

ADI:..... DOĞUM TARİHİ:...../...../.....
SOYADI :..... CİNSİYETİ:.....
KAN GRUBU :..... Rh(....)
ADRESİ:.....
.....
.....

Telefon Numaraları: 0(.....) Kime ait:.....
0(.....)..... Kime ait:.....

Sosyal Güvence Durumu:

- Emekli Sandığı Bağ-Kur SSK Yeşil Kart Özel Sigorta Yurtdışı Sigorta
 Yok

Boy		Bel Çevresi	
Kilo		Kalça çevresi	
Kan Basıncı		Beden yağ yüzdesi	

Eşlik Eden Hastalıklar;

- Hipertansiyonyıl Şeker Hastalığıyıl Mide-Barsak
Hastalığı:yıl
 Karaciğer Hastalığıyıl Koroner Arter Hast.yıl Beyin Damar
Hast.yıl
 Periferik Damar Hast.yıl Diğer:.....yıl

Son Bakılan Laboratuvar değerlerini kaydediniz

HBs-Ag		Hepatit Aşısı Durumu	
Anti-HBs		CMV-Total-IgG	
Anti-HCV		CMV-IgM	
Anti HIV			

Açlık Kan Şekeri		T.Protein		Total kolesterol	
Üre		Albumin		HDL kolesterol	
Kreatinin		ALP		Trigliserid	
Ürik Asid		Hemoglobin		LDL-Kolesterol	
Kalsiyum		Hematokrit			
Fosfor		Demir		Kt/V	
AST		Demir Bağlama		PTH	
ALT		Ferritin		CRP	

Mevcut Tedaviler:	Anketörün Adı Soyadı : İmzası :
-------------------	---------------------------------------

SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Denek grubu: 1.()HD, ()PD, ()Tx
2.()Kontrol

Kişisel Veriler:

1. Doğum Yeri : 1.() İl 2.() İlçe 3.() Köy
2. Oturduğu yer: 1.() İl 2.() İlçe 3.() Köy
 - i. Konut Tipi.: 1.() Apartman Dairesi 2.() Müstakil Ev
1.() Kendine ait 2.() Kira
 - ii. Araç durumu.: 1.() Var 2.() Yok
3. Çocuk dışında evde yaşayanlar :
1.() Anne 2.() Baba 3.() Kayınvalide 4.() Kayınpeder
5.() Diğer.....
4. Mesleği :
5. Sosyal güvence: 1.() Yeşil kart 4.() Bağ-Kur
2.() S.S.K. 5.() Emekli sandığı
3.() Özel hayat sigortası 6.() Yok
6. Aylık Gelir Bilgileri :
 - i. Kendi geliri : 1.() Evet 2.() Hayır
 - ii. Gelir Tutarı : 1.() 500 ve altı 4.() 1.501 – 5.000
2.() 501 – 1.000 5.() 5.001 ve üstü
3.() 1.001 – 1.500
7. Eğitim süresi (yıl) :.....
8. Son mezun olduğu okul :
1.() İlk 2.() Orta 3.() Lise
4.() Üniversite/Yüksek Okul 5.() Okuma yazma yok 6.() Okur yazar
9. İlk cinsel bilgileri edinme şekliniz:
1.() Aile 2.() Okul 3.() Arkadaş
4.() Kitap-TV 5.() Porno . 6.() Bilgi edinmedim
7.() Diğer, açıklayınız 8.() Arkadaş+kitap-TV 9.() Arkadaş+okul
10.() Aile+arkadaş 11.() Aile+arkadaş+kitap-TV 12.() Eşinden
10. Cinsel bilgisini yeterli bulması : 1.() Evet 2.() Hayır
11. Medeni durumu: 1.() Hiç evlenmemiş 4.() Boşanmış
2.() Evli 5.() Eşi Ölmüş
3.() Birlikte Yaşıyor
12. Cinsel partneri : 1.() Var 2.() Yok
13. Evli ise;
Evlenme şekli : 1.() Görücü usulü 2.() Tanışarak
Evlilik Süresi :
14. Vücut ölçümleri :
 - i. Ağırlık.:
 - ii. Boy.:
 - iii. Bel Çevresi.:
 - iv. Kalça Çevresi.:

15. Korunma yöntemi :

- 1.()Yok 2.()Prezervatif 3.()RİA 4.()Oral Kontraseptif
5.()Vazektomi 6.()Geri çekme yöntemi 7.()Tüp bağlanması

16. Menstruasyon Durumu : İlk adet yaşı :

17. **Menopoz varlığı :** 1.() Doğal menopoz 2.()Yok 3.() Cerrahi menopoz

18. **Psikiyatrik Hastalık Öyküsü :** 1.() Var 2.()Yok

19. **Sistemik Hastalık:** 1.() Var 2.()Yok

20. **Kullandığı ilaçlar:** 1.() Var 2.()Yok

Partner Bilgileri:**1. Eşinin (Cinsel partnerinin)**

- i. Eğitim süresi (yıl) :
- ii. Mesleği :
- iii. Yaşı :
- iv. Mesleği :
- v. Haftalık çalışma saati :
- vi. Ağırlık : Boy :

2. Eşinin (Cinsel partnerinin) son mezun olduğu okul :

- 1.() İlk 2.() Orta 3.()Lise
4.() Üniversite/Yüksek Okul 5.() Okuma yazma yok 6.()Okur yazar

3. Eşi/partneri ile ilişkileri :

Birlikte geçirdikleri vakit (saat/hafta):.....

Ne sıklıkta ev dışında yemeğe çıkıyorsunuz:.....

Ne sıklıkta hafta sonu gezilerine gidiyorsunuz:.....

Ne sıklıkta birlikte alış-veriş yapıyorsunuz:.....

Ne sıklıkta birlikte spor yapıyorsunuz(yürüyüş vs):.....

Ne sıklıkta tatile çıkıyorsunuz:.....

Ne sıklıkta cinsel ilişkiye giriyorsunuz:.....

Aile Bilgileri :**1. Çocuk sayısı:.....**

Yaşları :

2. Annesinin eğitim süresi :.....**3. Annesinin son mezun olduğu okul :**

- 1.() İlk 2.() Orta 3.()Lise 4.() Üniversite/Yüksek Okul
5.() Okuma yazma yok 6.()Okur yazar

4. Babasının eğitim süresi :.....**5. Babasının son mezun olduğu okul :**

- 1.() İlk 2.() Orta 3.()Lise
4.()Üniversite/Yüksek Okul 5.() Okuma yazma yok 6.()Okur yazar

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ASEX)

KADIN FORMU

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Diyaliz / Böbrek nakli'den önce

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Diyaliz / Böbrek nakli'den önce

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Diyaliz / Böbrek nakli'den önce

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Diyaliz / Böbrek nakli'den önce

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

Diyaliz / Böbrek nakli'den önce

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

Yorumlar:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ

- 1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.
(3) Çoğu zaman (2) Birçok zaman (1) Zaman zaman, (0) Hiçbir zaman
bazen
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
(0) Aynı eskisi kadar (1) Pek eskisi kadar (2) Yalnızca biraz (3) Neredeyse Hiç
değil eskisi kadar eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.
(3) Kesinlikle öyle ve (2) Evet, ama çok da (1) Biraz, ama beni (0) Hayır, hiç öyle değil
oldukça da şiddetli şiddetli değil endişelendiriyor
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
(0) Her zaman olduğu kadar (1) Şimdi pek o kadar değil (2) Şimdi kesinlikle (3) Artık hiç değil
o kadar değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
(3) Çoğu zaman (2) Birçok zaman (1) Zaman zaman, (0) Yalnızca bazen
ama çok sık değil
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.
(3) Hiçbir zaman (2) Sık değil (1) Bazen (0) Çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
(0) Kesinlikle (1) Genellikle (2) Sık değil (3) Hiçbir zaman
- 8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
(3) Hemen hemen (2) Çok sık (1) Bazen (0) Hiçbir zaman
her zaman
- 9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
(0) Hiçbir zaman (1) Bazen (2) Oldukça sık (3) Çok sık
- 10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
(3) Kesinlikle (2) Gereği kadar özen göstermiyorum (1) Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum (0) Her zamanki kadar
özen gösteriyorum
- 11) Kendimi hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
(3) Gerçekten de çok fazla (2) Oldukça fazla (1) Çok fazla değil (0) Hiç değil
- 12) Olacakları zevkle bekliyorum.
(0) Her zaman olduğu kadar (1) Her zamankinden biraz daha az (2) Her zamankinden (3) Hemen hemen hiç
kesinlikle daha az
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
(3) Gerçekten de çok sık (2) Oldukça sık (1) Çok sık değil (0) Hiçbir zaman
- 14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
(0) Sıklıkla (1) Bazen (2) Pek sık değil (3) Çok seyrek

GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRISS)

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için “hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Çoğu zaman”, “Her zaman” şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun Son zamanlarda ne kadar sıklıkla ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkla ortaya çıktığına karar verdikten sonra o seçeneğin altındaki kutucuğa [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

KADIN FORMU		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?					
2	Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını söyleyebilir misiniz?					
3	Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (Adet günleri, hastalık dışında)					
4	Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?					
5	Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığı zaman yeterli mi?					
6	Kendi cinsel organınızın eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
7	Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
8	Cinsel ilişki sırasında doyuma (Orgazm) ulaşıyor musunuz?					
9	Eşinize sarılıp vücudunu okşamaktan zevk alıyorsunuz mu?					
10	Eşiniz ile olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?					
11	Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın parmağınızı cinsel organınızın içine koyabilir misiniz?					
12	Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?					
13	Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?					
14	Sizin için doyuma(orgazm) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?					
15	Haftada iki defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?					

16	Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
17	Eşinizin cinsel organı sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?					
18	Eşiniz ile olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?					
19	Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?					
20	Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
21	Ön sevişme sırasında eşiniz bızırığınızı (klitoris) uyardığında doyuma ulaşıyor musunuz?					
22	Sevişme boyunca sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?					
23	Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?					
24	Kendi cinsel organınızın eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
25	Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?					
26	Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?					
27	Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?					
28	Cinsel birleşme anında doyuma (orgazm) ulaşıyor musunuz?					

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi aldığım İç Hastalıkları ABD, Kardiyoloji ABD, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz ABD, Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ABD öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Tezimin ön hazırlık, oluşum ve yazım aşamasında çok emeği geçen bilgi ve deneyimlerini paylaşan, bilimsel çalışma hazırlama ile ilgili nüansları öğreten tez danışman hocam sayın Doç Dr Alparslan ERSOY'a, uzmanlık eğitimim boyunca her türlü yardım ve desteği esirgemeyen sayın Prof Dr Mustafa GÜLLÜLÜ'ye ve sayın Prof Dr Kâmil DİLEK'e, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım sayın Prof Dr Mahmut YAVUZ ve sayın Prof Dr Mustafa YURTKURAN'a ve nefroloji polikliniği, hemodiyaliz ve periton diyalizi ünitesinde çalışmakta olan hemşire ve personel arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Araştırma görevlisi olarak çalıştığım 5 yıllık süre içinde her konuda destek ve yardımlarını esirgemeyen, tanımaktan ve beraber çalışmaktan onur duyduğum değerli hocalarıma ve İç hastalıkları Anabilim dalı başkanı sayın Prof Dr Şâzi İMAMOĞLU'na içtenlikle teşekkür ederim.

Doğduğum günden bu yana sevgi ve ilgilerini esirgemeyen, maddi ve manevi her türlü fedakârlıkta bulunarak her başarımda en büyük paya sahip olan canım anneme, babama ve her iki erkek kardeşime; her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm sevgili eşime sonsuz teşekkürler...

Dr. Tûba GÜLLÜ KOCA

ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Bursa'nın Gemlik ilçesinde doğdum. İlköğrenimimi Gemlik'te, ortaöğrenimimi Bursa Kız Lisesinde tamamladım. Lise öğrenimimi Bursa Çelebi Mehmet Lisesi "yabancı dil ağırlıklı lise" kısmında tamamladıktan sonra aynı yıl Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazandım. 2003 yılında üniversiteyi bitirdim ve 2004 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladım. Halen aynı bölümde görevime devam etmekteyim.