

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNERTİLİTE SORUNU YAŞAYAN KADINLARDA CİNSEL
İŞLEV DURUMU ve ÇİFT UYUMU DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**FERDA KABA
YÜKSEK LİSANS TEZİ
(DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI)**

**DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ**

2018-İZMİR

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNFERİLİTE SORUNU YAŞAYAN KADINLARDA CİNSEL
İŞLEV DURUMU ve ÇİFT UYUMU DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**FERDA KABA
YÜKSEK LİSANS TEZİ
(DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI)**

**DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ**

2018-İZMİR

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı**” çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/06/2018

Tez Danışmanı: Dr.Öğr.Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Oya KAVLAK (Ege Üniversitesi)

Üye: Doç. Dr. Medine YILMAZ (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet KOYU
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca meslek hayatındaki yoğun tecrübeleri ile yolumu aydınlatan, sevgi, destek ve emeğini benden esirgemeyen, anlayış ve güler yüzü için çok değerli danışman hocam Dr.Öğretim Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'ye

Çalışmaya gönüllü olarak katılma nezaketinde bulunan, vakitlerini ayırarak verilerin toplanmasına katkı sağlayan saygıdeğer katılımcılara,

TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

FERDA KABA

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	iii
Önsöz	İv
İçindekiler	V
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	viii
Tablolar Dizini	İx
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Sıklığı	5
2.2. İnfertilitenin Nedenleri	5
2.2.1. Kadına Ait Nedenler	6
2.2.2. Erkeğe Ait Nedenler	9
2.2.3. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite	10
2.3. İnfertilite Tedavisi	10
2.3.1. Intrauterin İnseminasyon (IUI)	10
2.3.2. In Vitro Fertilization (IVF) ve Embriyo Transferi (ET)	11
2.3.3. Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)	11
2.3.4. Cerrahi Yolla Sperm Elde Etme Yöntemleri	12
2.3.5. Diğer Tedavi Yöntemleri	12
2.4. İnfertilitenin Çiftler Üzerine Etkileri	13
2.4.1. İnfertilitenin Psikolojik Etkileri	13
2.4.2. İnfertilitenin Sosyokültürel Etkileri	14
2.4.3. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri	15
2.5. İnfertilite ve Cinsel İşlev Bozuklukları	16
2.5.1. Cinsel İstek Bozuklukları	17
2.5.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları	17
2.5.3. Orgazm Bozuklukları	18
2.5.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları	18

2.6. İnfertilitede Hemşirelik Bakımı	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.6. Veri Toplama Araçları	24
3.6.1. Birey Tanıtım Formu	24
3.6.2. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	24
3.6.3. Dyadik Çift Uyum Ölçeği	25
3.7. Verilerin Toplanması	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.9. Araştırmanın Etiği	27
3.10. Araştırma Bütçesi	27
4. BULGULAR	
4.1. Kadınların Sosyodemografik ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Özellikleri	28
4.2. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları	30
4.3. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	31
4.4. Kadınların Demografik Özelliklerine ve İnfertilite Öykülerine Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları	33
5. TARTIŞMA	
5.1. Kadınların Sosyodemografik ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi	37
5.2. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	40
5.3. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
5.4. Kadınların Demografik Özelliklerine ve İnfertilite Öykülerine Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının	43

İncelenmesi

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç 46

6.2. Öneriler 48

ÖZET 49

ABSTRACT 50

KAYNAKLAR 51

EKLER

EK 1. Birey Tanıtım Formu 62

EK 2. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın Formu 63

EK 3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın Formu Çeviri Tablosu 65

EK 4. Dyadik Çift Uyum Ölçeği 66

EK 5. Etik Kurul İzni 69

EK 6. Kurum İzni 70

EK 7. Araştırmaya Katılma Onam Formu 71

ÖZGEÇMİŞ 72

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ED:	Erektıl Disfonksiyon
ET:	Embriyo Transferi
FSH:	Folikül Stimüle Edici Hormon
GİFT:	Gamet İntrafallopian Transfer
HSG:	Histerosalpingografi
ICSI:	Intra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI:	Intrauterin İnseminasyon
IVF:	In Vitro Fertilizasyon
KOH:	Kontrollü Overian Hiperstimülasyon
PCOS:	Polikistik Over Sendromu
PID:	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
RIA:	Rahim içi araç
USG:	Ultrasonografi
YÜT:	Yardımcı Üreme Teknikleri
ZİFT:	Zigot İntrafallopian Transfer

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1:Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2:Kadınların İnfertilite Öykülerine İlişkin Özellikleri

Tablo 3:Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Tablo 4: Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Tablo 5:Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 6:Kadınların İnfertilite Öykülerine Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite bireyler için psikolojik,tıbbi ve sosyal problemleri beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, eşler arası cinsel uyumsuzluğa ve yetersizlik hissine yol açabilen, beklenmeyen stresörlerle karşılaştıran, toplumsal etiketlenmeyle sonuçlananbir deneyimdir (1,2). Toplumumuzda çocuk sahibi olmak evliliğin temel işlevi olarak kabul edilmekte ve bu nedenle çocuk sahibi olmak bireylerin yaşamlarının önemli aşamalarından biri olarak görülmektedir. Çiftlere çocuk sahibi olmaları konusunda yapılan baskılar, çocuksuz olmanın yetersizlik olarak düşünülmesi, toplumda infertiliteyi önemli bir sorun haline getirmektedir (3,4).

İnfertilite sürecinde uygulanan tedaviler, tıbbi takip, cerrahi girişimler, sağlık elemanları ve klinikler ile etkileşim halinde olan çiftlerde hem ekonomik hem de duygusal olarak yıpranma meydana getirebilmektedir. Bütün bu zorlukların yanı sıra istedikleri halde çocuk sahibi olamamaları stres düzeylerini daha da artırmakta ve psikolojik sorunlarda artışa sebep olmaktadır (5,6). İnfertilite çiftleraçısından psikolojik yönden tehdit edici, tedavi nedeniyle yapılan işlemler nedeniyle acı verici ve duygusal olarak stresli bir yaşam krizi olmakta, çiftlerin bu süreçte stresle başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayarak evlilik ilişkilerinde problemler yaşamalarına, cinsel işlev bozukluklarına, çift ilişkilerinde bozulmaya depresyon ve kaygıya neden olabilmektedir (7,8). Amerika'daki bir çalışma sonucuna göre infertil kadınların çocuk sahibi olamamalarını, sosyal normları yerine getirememek olarak gördükleri ve bu durumu kişisel kimliklerine de tehdit olarak düşündükleri belirlenmiştir (9).

İnfertilite cinsel ilişki sıklığında azalma, evlilik çatışmaları ve bir birey olarak yetersizlik algısına sebep olmakta, kadın yönünden doğuramama, kontrol kaybı, sosyal rol eksikliği; erkek yönünden isesoyun devamının sağlanamaması, psikolojik eksiklik olarak görülmektedir. Özellikle geleneksel kültürde uzun zamandır evli olan çiftlerin çocuk sahibi olamaması bireylerde suçluluk duygusunun meydana

gelmesine, hayal kırıklığı oluşmasına ve eşlerin birbirlerini haksız yere suçlamalarına neden olmakta ve çiftin ilişkisini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (10,11,12,13).

Çiftlerde infertilitenin kendisi ve tedavi sürecinin neden olduğu evlilik sorunlarıyla birlikte cinsel işlev problemleri ve cinsel doyumda da sorunlar gelişebilmektedir. Tedavi sürecindeki müdahaleler ve yetersizlik duygusunun kişide yaratmış olduğu stres, cinsel ilişkideki ilgi ve hazzın kaybolmasına neden olmaktadır. Cinsellik ve üreme kavramının çoğu çift için iç içe geçmiş olması, çiftlerin daimamenstrual döngü ve ovulasyon ile ilgili süreçleri takip etmedurumunda kalmaları, cinselliği üreme amacından kurtaramamaktadır. Özellikle siklusun fertil zamanlarında ilişkiye girme zorunluluğu, cinsel ilişkinin doğallığının bozulmasına neden olmaktadır (13,14,15,16). Literatürde infertilitenin evlilik uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisini araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçların çelişkili olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda infertilitenin hem kadın hem de erkekte cinsel doyumu azalttığı ve tartışmaları arttırılabildiği gibi, çiftleri yakınlaştırdığı ve evliliği güçlendirebildiği de belirtilmektedir (17,18). Arslan ve arkadaşları tarafından infertil çiftlerin cinsel disfonksiyon yaşama durumları ve yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir (19). İnfertilite nedeni ile tedavi sürecinde olan 121 çiftin değerlendirildiği başka bir çalışmada dacinseel disfonksiyon oranı %26 bulunmuş ve kadın cinsel disfonksiyonu ile erkek cinsel fonksiyonları arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (20).

Cinsellik ve cinsel aktivitenin, çiftler arasındaki samimiyet ve yakınlık hislerinin gösterilmesinde ve eş ilişkisinde önemli rolü vardır (21). Nene ve arkadaşları tarafından infertil çiftlerde çift uyumu ve cinsel yaşamın değerlendirilmesi amacıyla 40 infertil çift ile yürütülen çalışmada infertilite süresinin artması ile cinsel ilişki sıklığının azaldığı bildirilmiştir (22). Oğuz tarafından infertil gruplar ile yürütülen başka bir çalışmada, kadınların %34.4'ünün cinsel ilişki sırasında ağrı deneyimledikleri ve kadınların %37'sinin infertilite tedavisi sebebiyle cinsel yaşamlarıyla ilgili tatminsizlik yaşadıklarını düşündükleri, %58'inin ise cinsel ilgide azalmanın sebebini planlanmış cinsel ilişkiye dayandırdıkları belirlenmiştir (23). Oskay (2010) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise infertilite sürecindeki

kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının, bireylerin yaşı, infertilite süresi, evlilik süresi, cinsel birleşme sıklığı ve infertilite tedavisinin süresi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (24).

İnfertilite sürecinde tanı aşamasından başlayarak, infertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkilerini göz ardı etmeden çiftin gereksinimlerini değerlendirebilmek ve çifte özel yaklaşımda bulunabilmek son derece önemlidir. Cinsellik yıllardır bireylerin paylaşmakta güçlük yaşadığı ve sağlık çalışanları tarafından da gündeme getirilmesi zor bir konu olması sebebiyle bireylerin şikâyetlerini rahatlıkla dile getirmelerini ve yardım almalarını olumsuz yönde etkilemiştir. Bu süreçte infertilitenin farklı pek çok soruna sebep olması nedeniyle bireylere yaklaşımda farklı disiplinlerle işbirliği yaparak çalışmak önemlidir. Farklı disiplinler içerisinde önemli bir yeri olan hemşireler, infertilite ve sorunlarına yönelik bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında, evlilik ilişkilerini önemli derecede etkileyen cinsel sorunlarının ve aile içi iletişim problemlerinin çözümlenmesinde bireylere danışmanlık yapmalıdırlar (2,16,25). Taylor ve Davis'in (2006) çalışmasında hastaların cinsellikle ilgili konuları ve cinsel sağlığa ilişkin endişelerini paylaşmayı tercih ettikleri ilk kişinin hemşireler olduğu belirtilmiştir (26). Fakat Türkiye'de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin sadece %19.4'ünün cinsel sağlık ile ilgili bakım verdiği ve hemşirelerin cinsel sağlığa ilişkin bakımı vermeye yönelik deneyimlerinin sınırlı olduğu belirtilmiştir (27).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, infertilite sorunu yaşayan kadınların cinsel işlev durumu ve çift uyumu düzeylerinin belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

- İnfertilite sorunu yaşayan kadınların sosyo-demografik ve infertiliteye ilişkin özellikleri nasıldır?
- İnfertilite sorunu yaşayan kadınların çift uyumu nasıldır?
- İnfertilite sorunuyaşayan kadınların cinsel işlevleri nasıldır?

- İnfertilite sorunu yaşıyan kadınların cinsel işlevleri ve çift uyumları arasında ilişki var mıdır?
- İnfertilite sorunu yaşıyan kadınların cinsel işlev ve çift uyumlarını etkileyen sosyodemografik ve infertiliteye ilişkin özellikleri nelerdir?

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Topluma ve Ulusal Ekonomiye Katkıları

İnfertil kadınların cinselliği ve bu dönemde yaşadıkları sıkıntılar değerlendirilerek, yaşanan cinsel işlev sorunlarının azaltılması ve çiftler arası uyumun artırılması sağlanacaktır. Cinsel işlev sorunlarının azalması kadınların yaşam kaliteleri ve benlik saygılarını artırırken, stres ve anksiyetenin tedaviye olan olumsuz etkilerini azaltacaktır.

Bilimsel ve Akademik Alana Katkıları

Ülkemizdeki literatürde infertilite sürecindeki kadınların cinsel problemlerine yönelik hemşirelik girişimlerinin sınırlı sayıda incelendiği saptanmıştır. Bu dönemde cinsel problemlerin yol açtığı sorunları ve çiftler arası problemleri azaltmak amacı ile uygun hemşirelik bakımları planlanabilir. İnfertil kadınların cinsel problemlerinin, beklenti ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, hemşirelik bakımının planlanmasına ve yürütülmesine olumlu katkılar sağlayacaktır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmacının maddi giderleri ve zaman kısıtlaması göz önüne alınarak araştırma evreni T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran, infertilite tanısı alan kadınlar olarak belirlenmiştir. Bu durum, araştırmadan elde edilen sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılık olarak kabul edilebilir. Ayrıca kadınların mahremiyetinin sağlanması ve kendilerini açıkça ifade edebilmeleri için

anket formları hasta görüşme odalarında doldurulmuş olmasına rağmen, katılımcılar cinsellik ile ilgili sorulara cevap vermede zorlanmışlardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite Tanımı ve Sıklığı

İnfertilite Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından üreme çağındaki bir çiftte düzenli ve korunmasız ilişkiye rağmen bir yıl içinde gebelik elde edilememesi şeklinde tanımlanmıştır. Fakat 35 yaş ve üstü bireylere altı ay sonra bir değerlendirme ve olası tedavi yöntemleri önerilirken, 40 yaş ve üzeri bireylere altı ay beklenmeden bir değerlendirme önerilmektedir. Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamış düzenli ilişkide (haftada üç dört kez) bulunan bir çift için ilk yıl gebe kalma olasılığı %84, ikinci yıl %92 olarak belirtilmiştir (28,29,30).

İnfertilite dünya çapında üreme çağındaki çiftlerin %15'ini etkilemekte ve gelişmekte olan ülkelerde 186 milyondan fazla çiftin infertilite tanısı aldığı belirtilmektedir (32,33). Ulusal sağlık araştırmalarının sistematik bir analizine göre, 2010 yılında dünya genelinde kadınların yaklaşık%10.5'inde sekonder infertilite ve %2'sinde primer infertilite görülmüştür (31).

İnfertilite prevalansı Güney Asya, Sahra Altı Afrika, Kuzey Afrika/ Ortadoğu, Orta/ Doğu Avrupa ve Orta Asya'da yüksek düzeyde bulunmasına rağmen, 2010 yılında infertilite seviyeleri, 1990 yılında Sahra altı Afrika'daki primer ve sekonder infertilite oranlarında ve Güney Asya'daki primer infertilite oranında görülen düşüşler dışında, çoğu dünya bölgesinde 1990'lara benzer olarak saptanmıştır (34).

Türkiye için yapılan araştırmalarda infertilite prevalansı %3.2-20 olarak saptanmıştır. TNSA-2013 Ön Raporu'na göre kadınların %6.6'sı gebe kalamadıklarını bildirmiş, 2008 araştırmasında ise bu oran %3.5'olarak bulunmuştur (35,36,37).

2.2. İnfertilite Nedenleri

İnfertilite nedenleri çeşitli toplumlar ve kültürler arasında farklılık göstermektedir. Yaş, cinsiyet, günlük yaşam aktiviteleri ve alışkanlıklar bu

farklılıkları desteklemektedir. Genel olarak infertil çiftlerin ortak sorunları; %25 ovulasyon bozuklukları, %25-30 tubal sorunlar, %40 erkek faktörü ve %10-15 idiyoatik infertilite olarak karşımıza çıkmaktadır (3,38).

2.2.1. Kadına Ait Nedenler

Kadında infertiliteye neden olan faktörler ovulatuvar faktör, tuba-peritoneal faktör, uterin faktör ve servikal faktörler olarak sınıflandırılabilir.

2.2.1.1.Ovulatuvar Faktör

Kadınlarda doğurganlığı etkileyen en sık neden, ovulasyon bozuklukları ya da anovulasyondur. Anovulasyon luteal fazın ortasında serum progesteron konsantrasyonunun 30nmol/L seviyesinin altında olması ya da ultrason aracılığıyla siklus boyunca gelişen bir folikülün görülememesidir. Ovulasyon fonksiyon bozuklukları gebeliğe engel olacak şekilde ağır (anovulasyon) veya hafif (oligoovulasyon) olabilir. İnfertil çiftlerin incelenmesindeki ilk adımlardan biri normal ovulasyonun saptanmasıdır. Her ay düzenli aralıklarla adet gören, premenstrual yakınmaları (memede hassasiyet, sıvı tutulması, irriabilite) ve dismenoresi olan kadınlarda sikluslar her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla ovulatuvardır fakat yine de ovulasyonu belirlemek için bazı ovulasyon tetkikleri gerekmektedir (38,39,40).

2.2.1.2.Tuba-peritoneal Faktör

Tüplerin kısmen veya tamamen tıkalı olması sperm ile yumurtanın buluşmasını engelleyerek fertilizasyonu engeller. Geçirilmiş cerrahi ya da pelvik yaralanmalarla oluşan travma, endometriozis, tüberküloz, genital sistem enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tubal adhezyon ve obstrüksiyona neden olarak ovumun tubalar yoluyla uterusu yerleşmesini engelleyerek infertiliteye neden olurlar (39,41).

2.2.1.3. Uterin Faktör

İnfertilitenin en önemli nedenlerinden biri olan implantasyon başarısızlığı çoğunlukla uterin faktörlerle ilgilidir ve bu nedenle göz ardı edilmemelidir. Uterin faktörler gebelik oluşmasını az oranda etkilemesine rağmen oluşmuş gebeliklerin %25'i kaybedilmektedir. Bu durumlardan her biri ve unutulmuş rahim içi araçlar, fetal kemikler ve hiperplazi ya da polipler gibi mukoza lezyonları, sık olmasa da üreme yetersizliğine yol açabilir. Uterin anomaliler, endometrial yaralanmalar ve submukoz fibroidlere rağmen gebelik oluşabileceği ve sürdürülebileceği bilinmesine rağmen uterin anomaliler infertilitenin nadir nedenlerindedir ve kadın infertilitesinin %5'ini oluşturmaktadır(31,39,42).

Endometriozis endometriyal dokunun, herhangi başka bir yerde gelişmesi sonucu pelvik ağrı ile infertiltenin eşlik ettiği bir hastalıktır. Menopoz döneminde az rastlanan bu durum, çoğunlukla üretken çağıdaki genç kadınlarda görülmektedir. Bunun sebebi, dokunun gelişimi için östrojen hormonuna gerek duyulmasıdır. Overleri olumsuz yönde etkileyerek batın içi yapışıklıklara neden olan endometriozis, infertilite için önemli bir risk faktörüdür (43,44,45).

2.2.1.4. Servikal Faktörler

İnfertilite nedenlerinin %10'u servikal faktörlerden kaynaklıdır. İnfertiliteye neden olan servikal faktörler serviksin yapısal anomalileri, servisit ve servikal mukus anormalliklerini içermektedir. Servikal mukus vajina ve ejakülattan spermleri yakalayarak diğer seminal proteinleri ayırır, anormal morfolojili spermleri filtre eder, biyokimyasal olarak hazır hale getirir ve sperm için rezervuar görevi yapar. Bu nedenle infertilite araştırmasının diğer önemli bir yönü de sperm ve servikal mukus ilişkisinin incelenmesidir. Servikal hücrelerin salgıladığı mukusta meydana gelen enfeksiyon ve immünolojik problemler sperm kalite ve hareketliliğini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olabilir(38,39,46).

2.2.2. Erkeğe Ait Nedenler

Günümüzde %20-40 erkek kaynaklı infertilite yaşandığı bildirilmekte ve bu durum hemen hemen tüm vakalarda semen analizindeki anormalliklerle kendini göstermektedir. Erkek infertilitesine ait birçok neden vardır. Erkek infertilitesi bazen obstrüktif azospermi veya hipogonodotropik hipogonadizm gibi belirlenebilir ve tedavi edilebilir nedenlere bağlıyken, bazen de testis atrofisi gibi tedavi olanağı olmayan etkenlere bağlı olabilir (47,48,49).

Bu nedenleri üç ana başlıkaltında inceleyebiliriz:

2.2.2.1. Sperm Üretim Bozuklukları

Primer testiküler yetmezlik, hipogonodotropik hipogonadizm gibi hormonal bir faktöre bağlı olabileceği gibi genetik sorunlardan da kaynaklanabilir. Bu genetik nedenler klinifelter sendromu veya testislerde anatomik nedenler (kriptorşidizm, varikosel), enfeksiyon (kabakulak orşiti) ve gonadotoksinlerdir. Primer yetmezliğin bir diğer nedeni yetişkin dönemde geçirilen viral testis enfeksiyonlarına (kabakulak, orşit) bağlıdır (50).

2.2.2.2. Sperm Fonksiyon Bozuklukları

Testis kan bariyerindeki sorunlara bağlı olarak özellikle enfeksiyon ve travma sonrası ortaya çıkabilen antisperm antikolar sperm fonksiyon bozukluklarına yol açabilir. Varikosel veya kriptorşidizm, testis ısının artmasına bağlı olarak sperm fonksiyon bozukluklarına neden olabilir. Genital organların inflamasyonu (prostatit), akrozom reaksiyonunun olmaması ve fruktoz eksikliği gibi nedenler sperm penetrasyonunda sorunlar oluşturabilir (38,51).

2.2.2.3. Duktal Sistem Bozuklukları

Duktal sistemdeki obstrüksiyon vazektomiden, konjenital bilateral vazdeferans yokluğundan, konjenital veya kazanılmış epididimis ve ejakulatuar duktus obstrüksiyonundan dolayı meydana gelebilir (46).

2.2.3. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite

Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde, yapılan gerekli araştırmalar sonucunda herhangi bir patolojiye rastlanmaması durumudur. İnfertilite nedenleri arasında en yaygın nedenlerden biridir. İnfertil çiftlerde yaklaşık %10-15'inde nedeni açıklanamayan infertilite görölmektedir. İnfertil kadınlarda 30 yaş üstünde daha sık rastlanmaktadır. Bundan dolayı oosit kalitesinden kaynaklı, saptanamayan problemler olduğu düşünölmektedir. Açıklanamayan infertilite tanısı almış çiftlerin bir kısmında kendiliğinden gebelik meydana gelebilmektedir. Ancak doğal yollardan gebelik şansı, infertilite süresi uzadıkça azalmaktadır (15,52).

2.3. İnfertilite Tedavisi

İlk kez 1978 yılında İngiltere'de tubal tıkanıklığı olan bir kadında tüp bebek uygulaması gerçekleştirilerek kadın hastalıkları ve doğum dalının yeni alanı olan Üreme Tıbbı ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda infertilite tanısı alan bireylerin üreme olasılıklarını artıracak yönde yapılan müdahaleler yardımcı üreme teknikleri kapsamına girmektedir. Bu tekniklerin uygulanmasına yönelik olarak ilk müdahale infertilite nedenini tespit edebilmektir(40,53,54).

İnfertilite ovulasyon sorununa bağlı ise tedavide ovulasyonun sağlanmasına yönelik hormon tedavisi uygulanır. Uterus ve tüp anomalileri tedavisinde özel cerrahi teknikler kullanılırken, pelvis enflamatuvar hastalıkları sebebiyle meydana gelen pelvik yapışıklıklarda ise mikrocerrahi ile tedavi mümkündür (40).

Günümüzde en sık kullanılan yöntemler; İntrautein İnseminasyon (IUI), İn-Vitro Fertilizasyon (IVF)-Embriyo Transferi(ET) ve İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonudur (ICSI).

2.3.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI)

Diğer infertilite tedavilerinin içerisinde önemli bir yere sahip olmasının yanı sıra ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon (IUI) tedavi yöntemlerinin temelini oluşturmaktadır. IUI diğer yardımcı üreme tekniklerine kıyasla kolay

uygulanabilir olması,daha az invazif içermesi ve ucuz olması sebebiyle daha sık kullanılan yöntemlerden biri olarak kabul edilebilmektedir(55). Morbidite oranları da, diğer yardımcı üreme tekniklerine göre oldukça düşüktür (56).

IUI, ovülasyon zamanında laboratuarda özel işlemlerden geçirilip hazırlanan spermatozoaların kateter aracılığıyla uterusu enjekte edilmesi yöntemidir. Servikse konulduğunda, servikal inseminasyon; uterus kavitesine konulduğunda, intrauterin inseminasyon; peritoneal kaviteye yerleştirildiğinde peritoneal inseminasyon denir. En yaygını uterin inseminasyondur. Literatürde bu yöntem ile gebeliklerin üç -dört siklusta oluştuğu ve altı-sekiz aylık dönemi kapsadığı bildirilmiştir. Ayrıca bu yöntem dört-altı siklus önerilmektedir. Dört-altı siklus sonrasında gebelik oluşmamışsa IVF önerilmelidir (57).

2.3.2. In Vitro Fertilization (IVF) ve Embriyo Transferi (ET)

IVF tedavi yönteminde yumurta toplama işlemi sonrasında oosit ve spermilerin labovatuvar ortamında bir tüp içine bırakılarak, fertilizasyonun meydana gelmesibeklenmektedir. Labovatuvar koşullarında fertilizasyon sonrasında embriyoların transservikalolarak uterusu transferi gerçekleşir. Bu teknik infertilitenin bütün nedenlerinde kullanılan bir tedavi olmasıyla birlikte yardımcı üreme teknikleri arasında en sık kullanılan yöntemdir (39,58).

2.3.3. Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)

İntrasitoplazmik sperm enjesiyonu (ICSI), şiddetli sperm anormalliklerinin mevcut olduğu durumlarda gebelik oluşması amacıyla IVF yöntemiyle birlikte uygulanır. İlk olarak 1992'de tanımlanan bu yöntem, sadece erkekte infertilite olduğu durumlarda değil, ayrıca sperm kalitesi normal olan, fakat geleneksel IVF yöntemiyle hiç embriyo elde edilemeyen veya çok az sayıda elde edilen çiftlerde de kullanılır. Ejekülattan veya cerrahi yolla testisten elde edilen sperm, yıkanarak uygun sperm seçilir ve sonra tek sperm oositin zona pellusida tabakasından bir delik açılarak oosite bırakılır (54,58).

2.3.4. Cerrahi Yolla Sperm Elde Etme Yöntemleri

ICSI ile bağlantılı olarak obstrüktif ve non-obstrüktif azospermisi olan erkeklerde testiküler sperm elde etmek amacı ile çeşitli yöntemler geliştirilerek cerrahi tekniklerin kullanılması önerilmiştir.

Sperm elde etme yöntemleri:

PESA-Perkütan Epididimal Sperm Aspirasyonu: Skrotuma çok ince bir iğne ile girilerek doğrudan epididimislerden sperm aspirasyonu işlemidir.

MESA-Mikro Epididimal Sperm Aspirasyonu: Mikrocerrahi teknikler kullanılarak, genel anestezi altında epididimislerden doğrudan sperm çıkarılma işlemidir. PESA işlemi başarısız veya olanaksız olduğu durumlarda uygulanır.

TESE-Testiküler Sperm Ekstraksiyonu: Epididimlerde sperm yoksa testis dokusundan doğrudan biyopsi ile sperm çıkarılması işlemidir.

TESA-Testiküler sperm aspirasyonu: Testislere bir iğne ile girilerek sperm alınmasıdır (39,59).

2.3.5. Diğer Tedavi Yöntemleri

2.3.5.1. Gamet İntrafallopian Transfer (GİFT)

IVF'e alternatif olarak fakat nadir kullanılan bir yöntemdir. Ovulasyon indüksiyonu sonrası laparoskopi ile alınan oositler erkekten elde edilen spermlerle karıştırılarak katetere çekilir ve laparoskopi eşliğinde fallop tüplerinden birine yerleştirilir. Bu yöntem sadece normal tubal fonksiyonu olan endometriozis vakalarında ve ileri yaş olmayan vakalarda geçerlidir (39,43).

2.3.5.2. Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT)

Spermin yumurtaya bağlanmasını engelleyen bir durum olduğunda kullanılan ZİFT; IVF ve GİFT prosedürlerini kombine eden bir yöntemdir. IVF'ten bir gün

sonra zigot evresindeki embriyoların laparoskopik olarak fallop tüplerine yerleştirilmesi işlemidir (39,43,51).

2.4. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkileri

İnfertilite, bireylerin beden imajlarını, benlik saygılarını, yaşam kalitelerini, sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini ve cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek karmaşık bir yaşam krizi yaşamalarına neden olmaktadır. Çiftler kendilerini çocuk sahibi olmaya hazır hissettikleri dönemde çocuk sahibi olamayınca sosyal ve psikolojik olarak sorunlarla karşı karşıya kalmakta ve tedavi yöntemlerinin getirdiği yükün altında ezilmektedirler (40,60).

Kişilerin infertiliteye tepkileri farklılıklar göstermekle birlikte infertil kadınların fertil kadınlara kıyasla daha çok bağımlı, intihara ve kendini suçlamaya meyilli yüksek psikopatoloji gösteren bireyler oldukları bilinmektedir (15).

İnfertilite tedavi sürecinde çiftlerde yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybettiklerinin düşüncesi meydana gelebilirken, çiftler için gebelik ve biyolojik bir çocuğa sahip olma ümidinin, benlik saygısının, yaşam ve amaçları üzerindeki kontrolün, beden ve cinsel işlevlerdeki mahremiyetin kaybı da söz konusudur (2,61).

2.4.1.İnfertilitenin Psikolojik Etkileri

İnfertil bireylerin insanların temel içgüdülerinden olan neslini devam ettirme ve üreme içgüdüsünü karşılanamadığında çocuk yetiştirme deneyimini kaybetmekle kalmayıp, yaşamlarının amacı, fiziksel ve psikolojik iyi oluş, hamilelik deneyimi, doğurganlık, üreme becerisi gibi yaşamlarının birçok yönünde kayıplar oluşmakta ve bu süreç stresle sonuçlanmaktadır. Çoğu infertil çift bu süreci hayatlarındaki en stresli durum olarak tanımlamaktadır. Ayrıca infertilite çiftler için kronik bir stres sebebi olurken, tedavi süreci ve beklemek ise akut stres durumunu ortaya çıkarabilmektedir. Stresin sebebi, bireylerin sadece çocuk sahibi olamaması değil, doğurganlığın bireyler açısından cinsel kimlik, beden imajı ve benlik algısının merkezine yerleştirilmesi ile ilişkilidir (6,62,63).

Bu tür çoklu kayıplar, infertil bireylerde her yas tepkisinde olduğu gibi Çok, inkâr, öfke, suçlama ve suçluluk gibi duyguların yaşamasına ve kontrol kaybı, özgüven azalması, anksiyete ve depresyonun uzun bir müddet devam etmesine neden olmaktadır. Kadın ve erkeklerin bu süreçte tutumları belirgin farklılıklar göstermektedir. Kadınlar tepkilerini ve duygularını daha çok ifade edebilirken, erkeklerkendilerini sözel olarak belirtmekten kaçınarak yas tepkisini daha az ifade etmektedirler (23,63).

2.4.2. İnfertilitenin SosyokültürelEtkileri

Birçok kültürdesosyal hayatın önemli gelişimsel basamaklardan görülen gebelik ve ebeveynlik, pek çok kez üreme konusundaki yetersizlik sebebiyle sosyal bir damga yaratmaktadır. Çocuk, pek çok kültürde birey için psikolojik ve sosyal değer boyutları olan, kişilere ayrıcalık, itibar ve ekonomik güç kazandıran bir etmendir. Pek çok ülkede görüldüğü gibi, ülkemiz içinde kadın ve anne sözcükleri eş anlam ifade etmekte ve bu kültürel yapı içerisinde çocuksuzluk kadın için oldukça statü düşürücü bir durum olarak algılanmaktadır (64,15,61).

Çiftler istedikleri halde toplumun beklentisini yerine getiremediklerinde “aile olma” rolünü tam manasıyla gerçekleştirememiş olduklarını düşünürler. Koçyiğitin yaptığı araştırmaya göre görüşülen her iki kadından biri (%48.3), sosyal baskıya doğrudan maruz kaldığını belirtmiştir. Hissettikleri baskı arttıkça, eşlerin birbirleriyle ilişkileri bozulmakta, evlilik ilişkisi yıpranmaya başlamakta, eşler için boşanma ve tekrar evlenme durumu gündeme gelebilmektedir. Türk toplumunda çiftlerin çocuk sahibi olamaması sebebiyle özelliklede erkek eşin tekrar evlenmesi veya evlendirilmesi gündeme gelebilmektedir(8,40,65).

Ebeveynler çocuklarına çoğu zaman doğdukları andan itibaren sosyal normları ve toplumsal cinsiyet rollerini aktarırlar. Bu aktarımlarla büyüyen bireyler için infertilitenin anlamı, kadınlar için toplumun annelik beklentisini yerine getirememek, erkekler için de kültürün tanımladığı erkeklik yeteneğini gösterememek olabilmektedir(15).

Toplumun yetişkinlik dönemindeki bireylerden anne-baba olmasını beklemesi, infertil bireylerin kimlik krizi yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu krize ek olarak, infertil çiftler çocuk sahibi olamamanın birçok kültürde utanç verici olarak algılanmasından dolayı çocuksuzluk damgasıyla da baş etmek zorunda kalmaktadırlar. İnfertilitenin stigma (damgalama) olarak algılanması; yabancılaşma ve toplumdan izole hissetmeye bağlı olumsuz benlik algıları, başkalarının davranışlarının olumsuz, küçümseyici ve acımasız olarak yorumlanması şeklinde ortaya çıkmaktadır (63,65).

2.4.3.İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri

İnfertilite bireyler için bir kriz durumu olmakla birlikte, çiftleri cinsel yönden de rahatsız eden bir süreçtir. İnfertilite, bireyler için üreme fonksiyonunda ötesinde görülerek yetersizlik, başarısızlık duygularının oluşmasına ve yaşamın diğer alanlarına yayılan birçok sorunuda beraberinde getirmektedir. Bu süreçte bireyler cinsel olarak kendilerini yetersiz hissedip, cinsel ilişkiden duydukları hazzın ve ilginin azalmasıyla birlikte depresyon yaşayabilirler (2,7,64).

Emosyonel cevap olarak gösterilen depresyon, cinsel isteğin baskılanmasına neden olmaktadır. Bireylerde meydana gelen ikilem, gereksizlik ve suçluluk hissi, cinsel fonksiyonları azaltmakta ve cinsel başarısızlığa sebep olarak durdurmaktadır(64).

İnfertilite tedavi sürecinde çiftler üreme işlevleri üzerinde kontrollerini kaybettikleri düşüncesine kapılabilirler. İnfertilite tanı ve tedavi döneminde eşlerin cinsel paylaşımı ve iletişimi sadece gebe kalma anlamı taşımaktadır. İnfertil çiftler için ovulasyonu ve menstruel döngüyü takip etmek zorunda kalmak cinselliği “üreme” amacından kurtaramamaktadır. “Fertil” dönemlerin dışındaki zamanlarda, cinsel aktiviteler, kadınlar açısından“anlamsız” hale gelirken, erkeklerin“talep halinde boşalma” durumuna gelebilmektedir. Bu durumun sonucunda artan stres sebebiyle ile cinsel işlevler olumsuz etkilenebilmektedir (7,65,66).

Cinsel işlev bozukluğu infertil birey/çiftlerde, önceden var olan ya da infertilite tanısı aldıktan sonra ortaya çıkan bir durum olabilir. Literatürde cinsellik ve infertilite arasında dört çeşit ilişkiden söz edilmektedir.

- Cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadın ve erkeklerde sonrasında infertilite problemi görülebilmektedir.
- İnfertilite sürecinde yapılan tanı ve tedavi amacı içeren testler ve uygulamalar sebebiyle cinsel fonksiyonlar olumsuz etkilenebilmektedir.
- İnfertilitenin suçluluk, pasiflik, saldırganlık gibi hislerin oluşmasına sebep olması ve cinsel odaklanmaya olan etkisinden dolayı, anksiyete, stres ve depresyon oluşabilmektedir.
- İnfertil bireylerde cinselliğe verilen tepkiler ve psikolojik faktörler birbiri ile ilişkilendirilmektedir (7).

2.5. İnfertilite ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin birleşimi cinsellik olarak tanımlanmakta ve biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, dini, kültürel ve manevi faktörlerden etkilenebilmektedir(32,66). Cinsel sağlık ise, genel sağlık bakımından toplumu en çok ilgilendiren konulardandır. Genel sağlığın önemli parçalarından birini oluşturan cinsellik diğer yaşam alanlarından ayrı olarak değerlendirilememekte ve kadının sağlığını bozan tüm faktörler cinsel yaşamını da olumsuz etkilemektedir (69,70).

Kadınlarda cinsel işlev sorunları, DSM-IV-TR'ye göre dört ana sınıfa ayrılmıştır. DSM-IV-TR; istek, uyarılma, orgazm veya cinsel ağrı bozukluklarının sonucunda meydana gelen cinsel şikâyet veya problemlere göre tanımlanmıştır(71).

2.5.1. Cinsel İstek Bozuklukları

Genel olarak, kadınlarda sık görülmektedir. Hatta ülkemizde, kadınlar arasında en fazla görülen cinsel işlev problemidir. Cinsel istek bozuklukları, cinsel istekte azalma ve cinsel tikslenme problemi olarak ikiye ayrılmaktadır (68,69).

Cinsel istekte azalma bozukluğu, cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu, cinselliği başlatma, katılma ya da yanıt verebilme durumunun yetersizliği, cinsel heyecan ve zevk azlığı/yokluğu iç ya da dış cinsel erotik uyarılara (yazılı, sözlü, görsel vs.) karşı cinsel ilgi/uyarılma azalması/yokluğu, genital ya da nongenital duyumların azalması/yokluğu olarak tanımlanabilir. Bu bozukluklarda cinsel isteğin azalması ya da tamamen ortadan kalkması söz konusudur. Cinsel ilgi/istek bozuklukları en çok stres, eşle olan uyumsuzluk, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar, çeşitli kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, cinsel şiddet ve cinsel travma, eşinde ya da kendisinde varolan başka cinsel işlev bozukluklarına bağlı olarak meydana gelebilir. Cinselliğin yasaklandığı, tutucu toplum ve kültürlerde sık rastlanır (68,69,72). Cinsel istek azlığı olan kadınların tedavisi hem bireysel hem de ilişki danışmanlığını gerektirebilir (73).

Cinsel tiksinti bozukluğu, sürekli olarak ya da tekrarlayan şekilde, eşle cinsel ilişki kurmaktan iğrenme ve bu sebeple cinsel ilişkiden tamamen ya da sık sık kaçınma olarak tanımlanabilir. Cinsel istek azlığına ve diğer cinsel işlev bozukluklarına oranla daha nadir olarak görülür. Kadının eşiyile cinsel ilişki olasılığı ile karşılaştığında; kaygı, korku ve iğrenme yaşaması cinselliği engelleyen ciddi bir durumdur. Rahatsızlık genital salgılar, cinsel birleşme gibi belli bir yönde olabildiği gibi öpme ve dokunma dâhil cinselliğin bütün alanlarındada görülebilir (68,74,75).

2.5.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Cinsel uyarılma bozuklukları kadınlarda cinsel ilişkiye hazırlık sürecinde meydana gelmesi gereken olayların oluşmaması, ya da yetersiz oluşması durumudur. DSM-IV-TR'ye göre ise cinsel uyarılma bozukluğu“cinsel heyecanlanma ile yeterli genital ıslanma ve kabarmanın cinsel aktivitenin sonuna kadar devamlı veya aralıklı

olarak sağlanamaması veya sürdürülememesi halidir”.Mutsuz yaşam, psikososyal problemler, ilişki problemleri, kronik hastalık, depresyon,östrojen yetmezliği, ilaç kullanımı ve nörolojik hastalıklara (multipl skleroz gibi) bağlı olarak görülebilmektedir. Altta yatan organik ve psikolojik sebepler araştırılarak tedavi edilebilir. Cinsel eğitim, eşle birlikte ve bireysel uygulanan, psikoterapi de organik bir sebep bulunmayan durumlarda gerekli olabilir (71,72).

2.5.3.Orgazm Bozuklukları

Orgazm, sağlıklı bir cinsel yaşamın en önemli parçalarındandır. Orgazm bozuklukları, normal bir şekilde meydana gelen uyarılma sürecinden sonra orgazmın olamaması, gecikmesi ya da orgazma güçle ulaşılabilmesidir (68). Orgazm bozuklukları ikinci en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur ve kadınların %20'sinde görülür (71).

En önemli psikolojik nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, yetersiz ön sevişme, eşteki erken boşalma sayılabilir. Kadında orgazm bozukluğu sonradan da oluşabilir. En sık görülen nedenleri arasında, eşler arasında uyumsuzluk, evlilik içi çatışma, çeşitli jinekolojik ve sistemik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar yer alır (68,75).

Orgazm sorunu yaşayan bir kadın, yeni cinsel işlev bozuklukları ve çeşitli psikiyatrik hastalıklar yaşama açısından büyük bir risk oluşturmaktadır. Orgazm bozuklukları için bilişsel davranışçı tedavi, cinsellik ile ilgili tutum ve düşüncelerde değişiklikler, yönlendirilmiş masturbasyon, hisse odaklanma ve sistemik olarak hassasiyeti azaltma gibi anksiyeteyi azaltıcı bilişsel egzersizleri kullanma, cinsellik eğitimi, iletişim yeteneği eğitimleri ve Kegel egzersizleri önerilmektedir (68,71).

2.5.4.Cinsel Ağrı Bozuklukları

Cinsel ağrı bozuklukları, disparoni ve vajinismus olmak üzere iki bölümde incelenmektedir. Vajinanın dış 1/3'lük kısmında bulunan kaslarda, parmak, penis, muayene için spekulum ya da vajinal tampon yerleştirme işlemi sırasında meydana

gelen istemsiz kasılmalardır. Bu kasılma istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında meydana gelen bir kasılmadır. Bu kasılmaya tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması ve adeta bir kilitlenme, eşlik eder. Nadiren, cinsel birleşme olmaktadır ancak kasılma sürdüğünden, cinsel birleşme ağırlı ya da sıkıntılıdır (72,70).

En az altı ay boyunca vajinal ilişki/penetrasyon sırasında belirgin bir zorluk, vajinal penetrasyon sırasında vulvavajinal ya da pelvik ağrı, vajinal penetrasyonda vulva-vajinal veya pelvik ağrı konusunda korku ya da anksiyete, vajinal penetrasyon sırasında pelvik kasların şekilde kasılması/gerilmesi belirtilerinden bir ya da daha fazlasının sürekli/tekrarlayan şekilde yaşanması ile tanı konulur. Vajinismus sorunu olan kadınların pek çoğunda cinsel istek ve cinsel uyarılma normaldir ve orgazm da olabirler (69).

Vajinismus sorunu yaşayan kadınlarda ağırlı bir jinekolojik muayene öyküsü, ilk ilişkinin çok ağırlı olması gibi psikolojik tahribat yapmış bir durumda söz konusu olabileceği gibi cinsel taciz gibi ciddi bir psikolojik travma yaşanmış olmasıda muhtemeldir. İstemsiz olarak meydana gelen kasılmaların engellenmesi ile tedavi edilebilir. Ayrıca kadınların genital anatomiyle ilgili temel bilgileri öğrenebilmesi, vajinal penetrasyon öncesi gevşeme tekniklerini kavrayabilmesi, Kegel egzersizleri ve vajinanın parmaklarla ya da özel aletler (vajinal dilatatör) kullanılarak genişletilmesi ile ilgili eğitim planlanarak bilgi verilebilir (72).

Disparoni, vajinismus olmadığı durumlarda cinsel ilişkiden önce, ilişki sırasında ya da sonrasında meydana gelen genital ağrı için kullanılan genel bir terimdir. Sürekli ya da tekrarlayan bir durum olduğunda bozukluk olarak tanımlanır. Disparoni, jinekologlar tarafından en sık gözlenen cinsel fonksiyon bozukluklarından biridir (73). Kalın hmen, vajinit, ilişkiye hazır olmadan (yeterince ıslanma olmadan) başlanması sebebiyle meydana gelen tahriş ve klitorisin irritasyonu, kronik enfeksiyonlar, epizyotomi skarı, menopozda ortaya çıkan vajinal atrofi disparoninin en önemli sebepleri arasında yer alır. Daha derinlerde oluşan ağrılara ise kısa vajina (doğumsal), kronik enfeksiyonlar, pelviste kitleler, mesane enfeksiyonları (sistit) ve üretrit, endometriozis, barsak hastalıkları, genital organlarda sarkma neden olabilir. Tedavide etkene yönelik yaklaşımda bulunulur (72).

2.6. İnfertilitede Hemşirelik Bakımı

İnfertilite hemşireliği; çiftin değerlendirilmesi, tanı ve tedavi süreçlerinde çiftlere duyarlı, bütüncül ve kanıta dayalı bir yaklaşımla bakım veren özel bir alandır. İnfertilite sorunu yaşayan bireylerin değerlendirilmesi (öykü alma, muayene ve testlerin uygulanmasına yardım, günlük kayıtların izlenmesi vb), belirlenen tedavinin planlanması ve uygulanması, tedavi sürecinde komplikasyonların önlenmesi ve danışmanlık gibi hemşirelerin temel rollerini kapsayan hizmetlerin verilmesi, çiftler arasındaki iletişimi güçlendirmekte ve tedavi başarısını olumlu yönde etkilemektedir (4,76).

İnfertilite bireylerde fizyolojik ve sosyolojik etkileri olan önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu doğrultuda infertilite tanısı alan bireylerde sıkça rastlanılan duygu hüzündür. Kişilerin bu süreçte bilgilendirilmesi sorunu kabullenip baş edebilmelerinde, tedaviye uyumda ve çift ilişkilerinde olumlu etkilere neden olmaktadır. Bireylere infertilite süreci ile ilgili eğitim düzenlemek, rehabilite etmek, danışmanlık ve bilgi sunmak yaşam kalitesi sağlamanın önemli bir bölümüdür. İnfertilite hemşireleri ise bu süreçte yaşanan stresin azaltılmasında hümanistik bakım ile anahtar rol oynamaktadır (64,77).

İnfertilite hemşiresinin hastaların cinsellik ve cinsel sağlık ile ilgili konularda güvenliğini sağlaması ve danışmanlık vermesi için bireye özgü cinselliği tanımlayabiliyor olması gereklidir. Cinsel konularda rahat olmalı, iyi bir dinleyici olmalı ve yargılayıcı tutumdan kaçınmalıdır. Cinsel fonksiyonlar ve yaşam siklusu içinde cinselliğin gelişimsel durumu konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Aynı şekilde danışmanlık yapabilme ve iletişim becerilerinde geliştirmelidir. Çünkü infertil bireylerin değerlendirilmesi, ayrıntılı psikolojik hikâye alınması tedavi sürecinde oluşabilecek problemleri öngörmeyi sağlamakta ve aile içi ve sosyal ilişkilerin baştan belirlenmesi oluşabilecek psikolojik etkilerin şiddetini azaltmada etkili olabilmektedir (64,78,79).

İnfertilite hemşiresi bireylerin evlilik ilişkilerini ve çift uyumunu bozacak risk faktörlerini iyi tanımlayarak eşlerin birbirleri ile duygu ve düşüncelerini paylaşmasına destek olmalı, karşılıklı konuşmanın önemini vurgulamalıdır. Birey/çift

problemini ailesiyle ve arkadaşlarıyla paylaşarak rahatlayabileceğini düşünüyorsa bu konuda destek yararlı olabilir. Bu doğrultuda bireyler sosyal çevre ve destek gruplarına yönlendirilebilir. Destek grupları bireylere yalnız olmadıklarını göstererek, kendisi ile aynı sorunu paylaşan kişilerle etkileşim kurmasına olanak sağlar. Ailenin kriz durumu ile baş etmesi için destek verilmesi ve aile içi ilişkilerinin sağlıklı sürmesi için rehberlik edilmesi de evlilik sorunlarını azaltmak için önemlidir. Bireylerde meydana gelen umutsuzluğu azaltmak için ise bu süreçte benlik saygılarını yükselten, çiftler arasındaki ilişkiyi güçlendiren yaklaşımlar benimsenmelidir (1,4,79,80).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve ilişkisel araştırma türüne uygun olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran infertilite tanısı almış ve örneklem kriterlerine uyan kadınlar ile yürütülmüştür.

Çalışmanın yürütüldüğü Tüp Bebek Merkezi, hafta içi 08:00-16:00 saatleri arasında, biri sorumlu hekim olmak üzere toplam üç hekim ve biri sorumlu hemşire olmak üzere toplam yedi hemşire ile hizmet vermektedir. İzmir il merkezinde infertil bireyler tarafından tedavi amacıyla en fazla tercih edilen Tüp Bebek Merkezi olması nedeniyle çalışma bu hastanede yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran infertilite tanısı alan kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak, Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan, 169 infertil kadın oluşturmuştur. Örneklemin büyüklüğü, çalışmanın yapıldığı merkezin bir yıllık başvuran sayısını vermek istememesi nedeni ile evreni bilinmeyen gruplarda örnekleme büyüklüğünü hesaplama formülü kullanılarak belirlenmiştir.

$$t^2 \cdot p \cdot q$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$d^2$$

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (0.10)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (0.90)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0.05)

$$(1.96)^2 \cdot (0.10) \cdot (0.90)$$

$$n = \frac{\quad}{(0.05)^2} = 139$$

Ülkemizde infertilite görülme sıklığı literatürde %10 olarak belirtilmiştir (89) ve bu nedenle olayın görülme sıklığı %10 olarak alındığında çalışma için 139 kadının yeterli olacağı belirlenmiş ve 169 kadın ile çalışma tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

Araştırmaya;

- 18 yaş üzerinde olan,
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- Evli olan,
- İnfertilite tanısı almış olan,
- Kronik herhangi bir hastalığa sahip olmayan,
- Tanı almış psikolojik problemi olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar dâhil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Dyadik Çift Uyum Ölçeği puanı ve Golombock-Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın Formu puanı

Bağımsız değişkenler: Kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, aile tipi) ve infertiliteye ilişkin özellikleri (evlilik süresi, çocuk isteme süresi, geçmişte aile planlaması yöntemi kullanma durumu, infertilite nedeni, infertilite tipi)

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır:

- Birey Tanıtım Formu (EK 1)
- Golombock-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu(EK 2)
- Dyadik Çift Uyum Ölçeği (EK 4)

3.6.1. Birey Tanıtım Formu (EK 1)

İnfertilite tanısı almış kadınların sosyo demografik özellikleri ve infertilite öykülerine ilişkin bilgilerinin elde edilmesi amacıyla literatürden yararlanılarak, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (83,84,85). Formda 12 soru yer almaktadır.

3.6.2. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu (EK 2)

Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacı ile Rust ve Golombock tarafından (1986) geliştirilmiş ve Tuğrul ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış bir ölçme aracıdır. Daimi bir eşi olan ve heteroseksüel bireylere ya da çiftlere uygulanabilmektedir. Sonuçta elde edilen toplam puan cinsel işlevlerin niteliği hakkında genel bir fikir vermekte, alt boyut puanları ise ilişkinin yönleri hakkında daha ayrıntılı bilgiler vermektedir. Ölçek 28 maddeden ve yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; ‘Kaçınma, Doyum, İletişim, Dokunma, İlişki sıklığı, Vajinismus ve Orgazm bozukluğu’ olarak

sınıflandırılmaktadır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları ikişer maddeden oluşmakta, bunların dışındaki diğer alt boyutlar ise dörder maddeden oluşmaktadır. Formda 3. ve 15. maddeler sıklık; 2. ve 16. maddeler iletişim; 5., 10., 18. ve 22. maddeler doyum; 7., 13., 20. ve 23. maddeler kaçınma; 9., 12., 19., ve 25. maddeler dokunma; 6., 11., 17. ve 24. maddeler vajinismus ve 8., 14., 21. ve 28. maddeler ise anorgazmi alt boyutlarını oluşturmaktadır. Maddeler beşli likert tipi derecelendirme ile yanıtlandırılmakta ve “hiçbir zaman=0 puan”, “nadiren=1 puan”, “bazen=2 puan”, “çoğunlukla=3 puan”, “her zaman=4 puan” seçeneklerinden oluşmaktadır. Bazı sorular tam tersi şekilde puanlandırılmaktadır. Tersten puanlandırılanlar (4’ten 0’a); 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Elde edilen sonuçlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara (5 kesme noktasıdır) çevirilerek (EK 3), 5 puan ve üzerinde puan alan katılımcılar “sorunlu grup (cinsel ilişkinin veya işlevlerde bozulma)”, 5 puan altında alanlar “sorunsuz grup” olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı Rust ve Golombok tarafından 0.87, Tuğrul ve arkadaşları tarafından 0.91(81), bu çalışmada ise 0.82 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Dyadik Çift Uyum Ölçeği (EK 4)

Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Fışıloğlu ve Demir (2000) tarafından yapılmış, Spanier (1976) tarafından ise evlilikteki uyumu, evliliğin niteliğini ve uyumun kalitesini ölçmek için geliştirilmiş olan ölçek, evli veya birlikte yaşayan çiftlere uygulanabilen likert tipi bir ölçektir. Toplam 32 maddeden oluşan, 0-1, 0-4, 0-5 ve 0-6 arasında değişen puanlaması ve iki maddesi de evet/ hayır soruları şeklinde düzenlenen ölçek ilişkinin dört boyutunu ölçmektedir.

Çift Uyum: Evlilikte fikir birliği, önemli konularda anlaşma düzeyi hakkında bilgi veren on üç maddeyi (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) içermektedir. Çift uyumu alt boyutundan elde edilebilecek en yüksek puan 65’tir.

Çift Doyumu: İletişim ve duygu hakkında olumlu ve dolumsuz özellikleri değerlendiren on maddeyi (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32) içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 50’dir.

Sevgi Gösterme: Sevgi gösterme davranışları ve şekillerinde anlaşma ile ilgili dört maddeyi (4, 6, 29, 30) içermektedir. Bu bölümden elde edilebilecek en yüksek puan 12'dir.

Çiftlerin Bağlılığı: Beraber geçirilen vakitle ilgili beş maddeyi (24, 25, 26, 27, 28) içermektedir. Bu bölümden elde edilebilecek en yüksek puan 24'tür.

Ölçekten elde edilen puanlar 0-151 arasında değişmekte olup, toplam puanının yüksek olması evlilikte uyumun iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık değeri Spainer tarafından 0.96, Fışiloğlu ve Demir tarafından 0.92 (82), bu çalışmada ise 0.91 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tüp Bebek Merkezi'nde, örnekleme alınan kadınlardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Görüşmeler kadınların mahremiyetini ve kendilerini daha rahat ifade edebilmelerini sağlamak amacıyla klinikte yer alan hasta görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya ilişkin bilgi verildikten sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılmış, yaklaşık 15 dakikalık süre içerisinde Birey Tanıtım Formu, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği doldurulmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri sayı ve yüzde dağılımları olarak verilmiştir. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarını incelemek amacıyla normal dağılıma uygunluk analizleri yapılmış ve verilerin normal dağılımadığı belirlenmiş ve nonparametrik testler (Mann Whitney U ve Kruskal Wallis) kullanılmıştır. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-

Kadın Formu ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etiği

Veriler, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.11.2017 tarih ve 258 sayılı kararı (EK 5) ile araştırmanın yürütüldüğü T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (EK 6) yazılı izinler alındıktan sonra, araştırmaya katılan bireylerden yazılı onamı (EK 7) alınarak toplanmıştır. Katılımcılara veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın amacı ve araştırma süreci ile ilgili araştırmacı tarafından bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Tuğrul'dan ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Fışiloğlu'ndan elektronik posta yolu ile ölçek kullanım izinleri alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmaya maddi destek veren kurum ya da kuruluş bulunmamaktadır. Araştırmada kullanılan anket formlarının çoğaltılması ile ilgili harcamalar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dörtbaşlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar şunlardır:

- Kadınların sosyodemografik ve infertilite öykülerine ilişkin özellikleri,
- Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları,
- Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki
- Kadınların demografik özelliklerine ve infertilite öykülerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları

4.1. Kadınların Sosyodemografik ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Özellikleri

Tablo 1: Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (n=169)

Demografik Özellikler		Ort+Ss	Min-Max
Yaş ortalaması (yıl)		29.84±3.05	22-37
		n	%
Eğitim Durumu	Ortaokul	12	7.1
	Lise	92	54.4
	Üniversite	65	38.5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	72	42.6
	Çalışmıyor	97	57.4
Gelir Durumu	Gelir giderden az	58	34.3
	Gelir gidere denk	98	58.0
	Gelir giderden fazla	13	7.7
Sosyal Güvence	Var	159	94.1
	Yok	10	5.9
Aile Tipi	Çekirdek aile	123	72.8
	Geniş aile	46	27.2

Tablo 1’de çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Kadınların yaş ortalaması 29.84±3.05 yıl olup, %54.4’ü lise mezunu,

%57.4'ü çalışmıyor, %58'inin geliri giderine denk,%94.1'inin sosyal güvencesi var ve %72.8'i çekirdek aile yapısına sahiptir (Tablo 1).

Tablo 2: Kadınların İnfertilite Öykülerine İlişkin Özellikleri

	Ort+Ss	min-max	
Evlilik Süresi Ortalaması (yıl)	5.39±2.27	2-14	
Çocuk İsteme Süresi Ortalaması (yıl)	3.46±1.46	1-10	
	n	%	
Geçmişte Aile Planlaması Yöntemi	Kullanmış	129	76.3
Kullanma Durumu	Kullanmamış	40	23.7
İnfertilite Nedeni	Kadın	47	27.8
	Erkek	52	30.8
	Nedeni bilinmeyen	70	41.4
İnfertilite Tipi	Primer	144	85.2
	Sekonder	25	14.8

Çalışmaya katılan kadınların evlilik süresi ortalaması 5.39±2.27 yıl ve çocuk isteme süresi ortalaması ise 3.46±1.46 yıldır. Kadınların %76.3'ü geçmişte bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını, %41.4'ü infertilite nedenini bilmediğini ve %85.2'si primer infertilite tanısına sahip olduğunu bildirmiştir (Tablo 2).

4.2. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları

Çalışmaya katılan kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları Tablo 3’de yer almaktadır. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalaması 5.30 ± 1.47 olup, Sıklık alt ölçeği puan ortalaması 4.72 ± 0.87 , İletişim alt ölçeği puan ortalaması 5.10 ± 1.74 , Doyum alt ölçeği puan ortalaması 3.91 ± 1.31 , Kaçınma alt ölçeği puan ortalaması 5.64 ± 1.16 , Dokunma alt ölçeği puan ortalaması 7.23 ± 0.79 , Vajinismus alt ölçeği puan ortalaması 6.37 ± 1.32 ve Anorgazmi alt ölçeği puan ortalaması 4.42 ± 0.76 ’dır. Kadınların Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması 91.27 ± 19.41 olup, Çift Uyumu alt ölçeği puan ortalaması 39.56 ± 11.13 , Çift Doyumu alt ölçeği puan ortalaması 31.56 ± 5.63 , Sevgi Gösterme alt ölçeği puan ortalaması 7.86 ± 2.12 ve Çiftlerin Bağlılığı alt ölçeği puan ortalaması 12.27 ± 2.86 ’dır (Tablo 3).

Tablo 3: Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

	Ort±Ss	Min-Max
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Toplam Puan	5.30±1.47	1-9
Sıklık	4.72±0.87	3-8
İletişim	5.10±1.74	1-9
Doyum	3.91±1.31	1-9
Kaçınma	5.64±1.16	1-8
Dokunma	7.23±0.79	5-9
Vajinismus	6.37±1.32	3-9
Anorgazmi	4.42±0.76	2-7
Dyadik Çift Uyum Ölçeği Toplam Puan	91.27±19.41	24-141
Çift Uyumu	39.56±11.13	0-65
Çift Doyumu	31.56±5.63	10-45
Sevgi Gösterme	7.86±2.12	0-12
Çiftlerin Bağlılığı	12.27±2.86	3-19

4.3. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Tablo 4’de araştırma kapsamına alınan kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ile Dyadik Çift Uyum Ölçeği arasındaki ilişki yer almaktadır. Çalışmaya katılan infertil kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalamaları ile Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.65$, $p=0.00$). Bu sonuç çalışmaya katılan primer infertilite tanısı alan kadınların evliliklerinde çift uyumlarının artmasıyla, cinsel ilişki veya işlevlerde bozulmayı daha az yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları ile Dyadik Çift Uyum Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	Dyadik Çift Uyum Ölçeği				
	Toplam Puan Ort. (91.27±19.41)	Çift Uyumu (39.56±11.13)	Çift Doyumu (31.56±5.63)	Sevgi Gösterme (7.86±2.12)	Çiftlerin Bağlılığı (12.27±2.86)
Toplam Puan Ort (5.30±1.47)	r=-0.65 p=0.00	r=-0.54 p=0.00	r=-0.69 p=0.00	r=-0.61 p=0.00	r=-0.48 p=0.00
Sıklık (4.72±0.87)	r=-0.52 p=0.00	r=-0.40 p=0.00	r=-0.59 p=0.00	r=-0.50 p=0.00	r=-0.45 p=0.00
İletişim (5.10±1.74)	r=-0.46 p=0.00	r=-0.32 p=0.00	r=-0.54 p=0.00	r=-0.38 p=0.00	r=-0.49 p=0.00
Doyum (3.91±1.31)	r=-0.68 p=0.00	r=-0.57 p=0.00	r=-0.70 p=0.00	r=-0.64 p=0.00	r=-0.54 p=0.00
Kaçınma (5.64±1.16)	r=-0.55 p=0.00	r=-0.47 p=0.00	r=-0.58 p=0.00	r=-0.54 p=0.00	r=-0.33 p=0.00
Dokunma (7.23±0.79)	r=-0.54 p=0.00	r=-0.47 p=0.00	r=-0.55 p=0.00	r=-0.52 p=0.00	r=-0.37 p=0.00
Vajinismus (6.37±1.32)	r=-0.32 p=0.00	r=-0.27 p=0.00	r=-0.35 p=0.00	r=-0.32 p=0.00	r=-0.17 p=0.00
Anorgazmi (4.42±0.76)	r=-0.61 p=0.00	r=-0.53 p=0.00	r=-0.62 p=0.00	r=-0.58 p=0.00	r=-0.46 p=0.00

4.4. Kadınların Demografik Özelliklerine ve İnfertilite Öykülerine Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları

Çalışma kapsamına alınan kadınların demografik özelliklerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları Tablo 5’de yer almaktadır. Kadınların yaş ortalamaları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki ($r=0.29$, $p=0.00$), Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki ($r=-0.37$, $p=0.00$) vardır (Tablo 5).

Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumları, sosyal güvence varlığı ve aile tiplerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 5).

Kadınların çalışma durumlarına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p>0.05$), çalışan kadınların (95.34 ± 20.11) çalışmayanlara göre (88.25 ± 18.41) Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($z=2.38$, $p=0.01$) (Tablo 5).

Kadınların gelir durumlarına göre ise Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0.05$). Fakat gelir durumuna göre kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu ($\chi^2=10.80$, $p=0.00$) ve farkın da geliri-giderinden az olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Puan Ortalaması (5.30±1.47)	Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması (91.27±19.41)
Yaş ortalaması (yıl)	r=0.29 p=0.00	r=-0.37 p=0.00
Eğitim Durumu		
Ortaokul	4.91±1.56	88.91±10.76
Lise	5.53±1.45	89.24±18.31
Üniversite	5.04±1.46	94.58±21.79
χ^2	5.47	5.60
p	0.06	0.06
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	5.08±1.36	95.34±20.11
Çalışmıyor	5.46±1.54	88.25±18.41
z	-1.66	2.38
p	0.09	0.01
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	5.79±1.69*	87.12±19.17
Gelir gidere denk	5.03±1.30	93.07±19.22
Gelir giderden fazla	5.15±1.21	96.23±20.24
χ^2	10.80	3.36
p	0.00	0.18
Sosyal Güvence		
Var	5.33±1.49	90.88±19.53
Yok	4.80±1.03	97.44±17.09
z	-1.21	-0.95
p	0.22	0.34
Aile Tipi		
Çekirdek aile	5.17±1.45	91.40±1.84
Geniş aile	5.63±1.51	90.93±2.41
z	-1.98	-0.57
p	0.05	0.56

*Kadınlar arasındaki gelir durumuna göre Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark geliri giderinden az olan gruptan kaynaklanmaktadır.

Tablo 6: Kadınların İnfertilite Öykülerine Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Puan Ortalaması	Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması
Evlilik Süresi Ortalaması (yıl)	r=0.29 p=0.00	r=-0.42 p=0.00
Çocuk İsteme Süresi Ortalaması (yıl)	r=0.22 p=0.00	r=-0.30 p=0.00
Geçmişte Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu		
Kullanmış	5.42±1.42	89.50±19.59
Kullanmamış	4.90±1.59	96.97±17.88
z	-1.98	-2.14
p	0.04	0.03
İnfertilite Nedeni		
Kadın	5.14±1.58	95.40±17.09
Erkek	5.13±1.46	94.17±20.17
Nedeni Bilinmeyen	5.30±1.47	86.34±19.48*
x ²	2.38	8.70
p	0.30	0.01
İnfertilite Tipi		
Primer	5.25±1.53	92.21±20.62
Sekonder	5.60±1.11	85.88±8.31
z	-1.07	-2.26
p	0.28	0.02

*Kadınların infertilite nedenlerine göre Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark nedeni bilinmeyen infertilitesi olan kadınlardan kaynaklanmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların infertilite öykülerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları Tablo 6'da yer almaktadır. Kadınların evlilik ve çocuk isteme süresi

ortalamları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki ($r=0.29$, $p=0.00$; $r=0.22$, $p=0.00$), Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($r=-0.42$, $p=0.00$; $r=-0.30$, $p=0.00$) vardır (Tablo 6).

Çalışmaya katılan kadınların geçmişte aile planlaması kullanma durumuna göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ($z=1.98$, $p=0.04$) ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği ($z=-2.14$, $p=0.03$) toplam puan ortalamaları arasında fark vardır. Bu sonuca göre geçmişte aile planlaması kullanan infertil kadınların daha fazla cinsel sorun yaşadıkları ve çift uyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Kadınların infertilite nedenlerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p>0.05$), Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($\chi^2=8.70$, $p=0.01$) ve bu farkın da nedeni bilinmeyen infertilitesi olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 6).

İnfertilite tipine göre çalışmaya katılan kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0.05$). Fakat primer infertilite tanısı alan kadınların Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları sekonder infertil kadınlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=-2.26$, $p=0.02$)(Tablo 6).

5. TARTIŞMA

İnfertilite sorunu yaşayan kadınların cinsel işlev durumu ve çift uyumu düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen bulgulara göre tartışma dört başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar şunlardır:

- Kadınların sosyodemografik ve infertilite öykülerine ilişkin özelliklerinin incelenmesi
- Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarının incelenmesi
- Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Kadınların demografik özelliklerine ve infertilite öykülerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarının incelenmesi

5.1.Kadınların Sosyodemografik ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29.84 ± 3.05 olarak saptanmıştır. İnfertil kadınlar ile yapılmış araştırmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Teskereci'nin çalışmasında kadınların yaş ortalaması 31.04 ± 5.26 , Taşçı ve arkadaşlarının çalışmasında 30.42 ± 5.20 , Haliloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise 29.56 ± 5.62 yıl olarak belirlenmiştir (86,35,87). Literatürde fertilitenin hızının erkekte 40 yaşından sonra, kadında ise 30 yaşından sonra düşmeye başladığı ve yaş ile fertilitenin hızı arasında ters orantı olduğu vurgulanmaktadır (62,88). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA-2013) verilerine göre ise doğurganlığın en yüksek 25-29 yaşlar arasında olduğu bildirilmektedir (36). Çalışmamızda kadınların yaş ortalamasının 29.84 ± 3.05 yıl olarak belirlenmesiyle çiftlerin fertilitenin hızı açısından yaş faktörünün öneminin farkında oldukları ve erken yaşta tedavi arayışında oldukları söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların eğitim düzeylerine bakıldığında %54.4'nün lise mezunu ve %38.5'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, infertilite tedavisi alan kadınlarda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olma oranlarının %37 ile %83 arasında değiştiği gözlenmektedir (15,38,12,85,90,91,92,93,95). Eğitim düzeyi, infertilitenin ve tedavisinin algılanması, bireylerin infertilitenin getirdiği sorunlarla baş etme düzeyini etkilemesi açısından önem taşımaktadır (94).

Kadınların çalışma durumları incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%57.4) ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına paralel olarak; Algül'ün çalışmasında kadınların %77'sinin ev hanımı olduğu, Kuş'un çalışmasında ise bu oranın %79.9 olduğu bildirilmiştir (94,96). Ülkemizde kadının çalışma yaşamı eğitim seviyesine göre değişmekle birlikte toplumsal yaşam biçimi büyük ölçüde erkeğin eve gelir getirdiği, tek kazananlı aile modeline dayanmaktadır. Bütün bunlar kadın iş gücü oranının ülkemizde düşük olmasını etkileyen başlıca sebepler arasında sayılabilir. Ülkemizdeki bu durumun ise çalışma sonuçlarına yansımış olduğu düşünülmektedir (97).

Çalışmaya katılan infertil kadınların %58'inin gelirinin giderine denk olduğu ve %94.1'inin sosyal güvencesinin bulunduğu görülmüştür. Literatürdeki bulgular bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Cetişli ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %55.4'ünün, Teskereci'nin çalışmasında %40'ının, Algül'ün çalışmasında ise %50'sinin gelirinin giderine eşit olduğu bildirilmiştir (16,86,96). Bu çalışmada araştırmanın yürütüldüğü bölgenin Türkiye'nin gelişmiş bir sanayi bölgesi olmasının bu sonucu doğurduğu düşünülmektedir. Tedavi masraflarının yüksek olduğu infertilite tedavisinde, ekonomik faktörler tedaviye başvuran kişiler için önemli bir stres kaynağı olmaktadır. Bu nedenle kişilerin herhangi bir sosyal güvencesinin olması ve tedavi masraflarının karşılanması, tedavilerinin devamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmaya katılan kadınların sosyal güvencesinin yüksek bulunmasının nedeninin, sosyal güvencesi olmayan kişilerin tedavi masraflarının çok yüksek maliyetli olması nedeniyle tedaviye başvuramaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında kadınların evlilik süresinin 5.39 ± 2.27 yıl olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki bulgular bu çalışmanın bulguları ile benzerlik gösterdiği gibi, benzerlik göstermeyen çalışmalarda mevcuttur. Kuş'un çalışmasında infertil kadınların evlilik süresinin 4.79 ± 3.10 yıl olduğu, Kırço'nun araştırmasında %52.7 oranında evlilik süresinin altı yıl ve üzeri olduğu, Chachamovich ve arkadaşlarının çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin evlilik süresinin 9.13 ± 4.7 yıl olduğu, Bayram'ın çalışmasında %65.5'inin 5 yıl üzeri evlilik süresi olduğu, Drosdzol ve Skrzypulec çalışmasında infertil kadınların evlilik süresinin 5.9 ± 4.1 yıl olduğu, Keskin ve Babacan Gümüş'ün çalışmasında ise %47'sinin evlilik süresinin beş yılın altında olduğu belirtilmiştir(3,8,94,98,115,116).Güncel literatürler çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur.

Kadınların aile tiplerine bakıldığında %72.8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularına benzer olarak, Oğuz'un çalışmasında çekirdek aile tipinin %81.6 oranında olduğu belirtilmiştir (23). Çalışmanın Türkiye'nin batısında, büyükşehirde ve il merkezinde yürütülmüş olmasının, aile tipine etki eden bir faktör olduğu düşünülmektedir. Ayrıca son yıllarda Türkiye'deki geleneksel aile yapısının çekirdek aile yapısına doğru değişim gösterdiği de bilinmektedir.

Çalışmamızda çocuk isteme süresinin ortalamasının 3.46 ± 1.46 yıl olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde tedavi süresinin çalışmaların büyük çoğunluğunda beş yıl ve altında olduğu görülmüştür (3,94,98,99,100). Toplum tarafından kadına yüklenen en önemli rollerden birisi olan annelik rolü, evlenmenin gerçekleşmesi ile en kısa sürede yerine getirilmesi gereken bir rol olarak görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların evliliklerinin ilk yıllarında çocuk sahibi olmak istemelerinin toplumsal baskı ile ilişki olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların %85.2'nin ($n=144$) primer infertil olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre tedaviye başvuran sekonder infertil oranının düşük olmasının, sekonder infertil bireylerde tedavilerin ücretli olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların %41.4'ünün infertilite nedenini bilmediği belirlenmiştir. Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında %38.7'sinin infertilite nedeninin bilinmediği

(101). Heredia ve arkadaşlarının çalışmasında infertilite nedeninin %62.5 oranında erkek kaynaklı olduğu (102), Üner'in çalışmasında ise %40.6 oranında kadınlardan kaynaklandığını(103), Chachamovich ve arkadaşları ise infertilite nedenini %65 kadın faktörlü, %47 erkek faktörlü, %23.3 hem kadın hem erkek faktörlü, %27 nedeni açıklanamayan infertilite olarak belirlemiştir (116). Genel olarak infertilite nedenleri ve oranları %40-50 kadın kaynaklı, %30-40 erkek kaynaklı, %10-15 nedeni açıklanamayan infertilite olarak literatürlerde yerini almaktadır (85). Literatüre bakıldığında infertilite nedenleri çeşitli kaynaklarda ve araştırmalarda farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların nedeni çalışmanın yapıldığı topluma, hasta gruplarının özelliklerine ve hastanenin hizmet alanına göre değişebilmektedir (117).

5.2. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

İnfertilite sorunu yaşayan kadınlarda cinsel işlev durumu ve çift uyumu düzeylerinin değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışmada, Dyadik Çift Uyum ölçeği puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Şen ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen ve primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelendiği çalışmada da, bu çalışmaya benzer olarak çift uyumunun iyi düzeyde olduğu belirlenmiş ve çift uyumunun yüksek bulunmasının nedeni olarak infertilitenin tedavi sürecinin ve sebep olduğu krizin uzun yıllar paylaşılması, ortak alınan kararlar, tutumlar ve duygulanımların paylaşılması ile çift ilişkilerinin güçlenmesi olarak gösterilmiştir (12). Aynı şekilde Bodur ve arkadaşlarının primer ve sekonder infertilite tanısı alan çiftlerin uyumunu ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında da infertil kadınlarda çift uyumu düzeyi yüksek bulunmuştur (104). Valsangkar ve arkadaşlarının infertil kadınlarda infertilitenin evlilik, cinsel doyum ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında; infertil kadınların çift uyumunun yüksek olduğu bulunmuş ve neden ise infertilitenin çiftlerin birbirlerine olan desteklerini arttırması, eşleri yakınlaştırması ve evliliğin gelişimine katkı sağlaması olarak gösterilmiştir (105). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da infertil çiftlerin çift uyum ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmektedir (106,107). Bu çalışmada güncel literatüre benzer bulgular elde edilmesinin sebebi; infertilitenin çiftleri yakınlaştırması ve kararların ortak verilmesi ile birbirlerine olan

desteğın artması sonucu çift ilişkilerinin gelişimine katkıda bulunması olarak gösterilebilir.

Diğer taraftan Monga ve arkadaşlarının çalışmasında infertil kadınların çift uyum düzeyleri düşük olarak bulunmuştur (108). Güleç ve arkadaşlarının tedaviye başvuran primer infertil çiftler ve kontrol grubundaki çiftlerin depresyon, çift uyumu, cinsel doyumlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında ise primer infertil kadınların çift uyum düzeyi düşük bulunmuştur(13). Benzer olarak Cetişli ve arkadaşlarının primer infertil kadınların cinsel doyumunu ve çift uyumunu değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada da çift uyumu düşük bulunmuş; kadınlarda yaşanan suçluluk, stres, kaygı ve toplumsal baskının çiftler arasında problemler yaşanmasına ve evlilikte çift uyumlarının bozulmasına sebep olabileceği belirtilmiştir (16).

Yapılan bu araştırmada cinsel hayatın niteliğini değerlendiren GRCDÖ toplam puanlarında ve iletişim, kaçınma, dokunma ve vajinismus alt ölçeklerinde sorun olduğu belirlenmiştir. İnfertilite tanısı sonrası kadınların %58.3'ünde cinsel istekte azalma olurken, %18.7'sinde cinsel istekte artmadan bahsedilmektedir (119).

Cinsel ilişkide partnerlerin beklentilerini söylemesi ve karşılıklı olarak isteklerini belirtmesi cinsel doyum için çok önemli bir etkidir (67). Cinsel iletişim, cinsel işlev bozukluklarında büyük rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalar cinsel iletişim eksikliklerinin cinsel işlev bozukluklarının etiyojisinde ve devam etmesinde önemli bir etken olduğunu, hatta tedavi sonuçlarını da etkileyebildiğini göstermektedir (118).Babin çalışmasında bireylerin cinsellik ile ilgili sözel veya sözel olmayan iletişimi sağlamalarının, kendilerine olan güveni ve cinsel doyum artırdığını tespit etmiştir (109). Cetişli ve arkadaşlarının çalışmasında kaçınma, dokunma, vajinismus alt ölçeklerinde, Karlıdere ve arkadaşlarının çalışmasında sıklık ve kaçınma alt ölçeklerinde, Güleç ve arkadaşlarının çalışmasında ise anorgazmi ve vajinismus alt ölçeklerinde sorun saptanmıştır (13,16,110). Ayrıca Karlıdere ve arkadaşlarının çalışmasında kontrol grubunda bulunan kadınlar, infertilite grubundaki kadınlara kıyasla, genel cinsel işlevsellik, doyum, sıklık ve kaçınma alt boyutlarında daha çok problem tanımlamışlardır. İnfertilite grubunda daha az yakınmanın olmasının sebebi olarak, infertilitenin tanı ve tedavi sürecinde amaç üreme olsa bile detaylı olarak tedavi ekibi tarafından sorgulanmaları, doğrudan

ya da dolaylı olarak bilgilendirilmeleri veya daha aktif bir cinsel hayata yönlendirilmeleri olarak gösterilmiştir (110). Bu çalışmada da kadınların zamanlanmış cinsel ilişkide bulunmaları, ilişkide üreme amacının olması, kendilerini baskı altında hissetmeleri sebebiyle kadınlarda daha çok ilişkiden kaçınma, cinsel istek kaybı ve vajinismus şeklinde kendini gösteren cinsel disfonksiyon meydana gelmiş olabilir.

5.3. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan infertil kadınların evliliklerinde çift uyumlarının yüksek bulunmasıyla, cinsel ilişki problemleri veya işlevlerinde bozulmayı daha az yaşadıkları saptanmış, çift uyumu ile cinsel doyum arasında orta düzeyde ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($r=-0.65$, $p=0.00$). Cetişli ve arkadaşları, Valsangkar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da cinsel doyum ve çift uyumu arasında ilişki saptanırken, Güleç ve arkadaşları, Monga ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda cinsel doyum ve çift uyumu arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (16,13,105,108). İnfertilite evlilik ve dolayısıyla cinsel hayatı etkileyen bir durumdur. Cinsellik ve cinsel aktivite, eşler arasındaki ilişkide, yakınlık ve samimiyet hislerinin sergilenmesinde önemlidir. Çift uyumundaki önemli etmenlerden birinde cinsel uyum olduğu bildirilmektedir (16,21,109). Toplumlarda çocuk sahibi olmak kadın ve erkek için cinsel gücün bir belirleyicisi olabilmekte ve ayrıca çiftler için cinsellik seksten zevk almaktan çok bir çocuk üretmekle ölçülür hale gelebilmektedir. Bu durum kadınlar açısından özür olarak algılanmakta, tanı ve tedavi uygulamaları sırasında meydana gelen anksiyete ve depresyondan kaynaklı olarak bireyler arasında iletişim problemleri ortaya çıkabilmektedir (13,16,15,62). Bu çalışmada cinsel doyum ve çift uyumu arasında ilişki bulunmasının nedeninin infertilitenin çiftler arası iletişimi ve uyumu, cinsel işlev durumunun etkilemesi sonucu olduğu düşünülmektedir.

5.4. Kadınların Demografik Özelliklerine ve İnfertilite Öykülerine Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmada kadınların yaş ortalamaları arttıkça cinsel doyumlarında artma fakat çift uyumlarında azalma olduğu belirlenmiştir. Cetişli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalamalarına ile DCUÖ ve GRCDÖ puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır (16). Kadınlarda anksiyete sırasında artan sempatik aktivitenin, parasempatik sinir sistemini inhibisyonu sonucu genital vazokonjesyonu bozması ile cinsel uyarının bozulduğu ve sonucunda cinsel disfonksiyon bozukluklarına neden olduğu belirtilmektedir (113). Bunun yanı sıra yaş ve infertilite süresi arttıkça, eşler arasındaki suçlamalar ve evlilik uyumlarında bozulmalar belirginleşebilmekte ve eşler arasındaki sevgi bağları zayıflayarak, çift ilişkisi bozulabilmektedir (62). Çalışmada literatürün aksine, kadınların yaş ortalamalarının artması ile cinsel doyumlarında artış, fakat çift uyumlarında azalma olmasının bu nedenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumlarına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, çalışan kadınların çift uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Şen ve arkadaşlarının primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumu incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmada, çalışan kadınların çift uyumlarının daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (12). Literatürdeki diğer çalışmalarda da, çalışan ve gelir durumu yüksek kadınlarda evlilik uyumunun arttığı saptanmıştır (104, 114). Bireylerin özellikle de kadınların çalıştığı iş yerinde yeni bir şeyler üreterek toplumda statü kazanması, kendini verimli hissetmesi psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca ekonomik anlamda kendini özgür hissetmesini sağlamaktadır (59). Bu doğrultuda çalışmaya katılan, infertilite sorunu yaşayan, çalışan kadınların çift uyumlarının daha yüksek olmasının, çalışma hayatının psikolojik sağlıklarını olumlu yönde etkilemesi ve baş etme becerilerini geliştirmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadaki kadınların gelir durumlarına göre çift uyumlarında fark bulunmazken geliri-giderinden az olan kadınların cinsel doyumlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında Tashbulatova'nın (2007) yaptığı

çalışmada infertilite grubunun yarısından fazlasının düşük gelirli olduğu ve gelir durumu arttıkça cinsel işlev sorunlarında iyileşme meydana geldiği bildirilmektedir (25).Şili’de yapılan araştırmaya göre ise bireylerin düşük, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip olması ile cinsel doyumları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Araştırmaya göre düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerin daha az cinsel doyum yaşamakta oldukları bulunmuştur (120). Ancak bir başka çalışmanın sonuçları, bireylerin cinsel doyum toplam puanlarının aylık gelir düzeylerine göre değişiklik göstermediği yönündedir (121).

Literatürün aksine bu çalışmada gelir durumuna göre kadınların GRCDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu ve farkın da geliri-giderinden az olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular özellikle tedavi masrafları dolayısıyla ekonomik olarak güçlük çeken çiftlerin cinselliklerini sadece çocuk sahibi olmak üzerine odaklamaları, cinsel isteklerini ve cinsel tatminlerini ikinci plana atmaları sonucuna bağlanabilir.

Çalışmada infertil kadınların evlilik ve çocuk isteme süreleri arttıkça cinsel işlev durumlarında artma fakat çift uyumlarında azalma belirlenmiştir. Cetişli ve arkadaşlarının çalışmasında çiftlerin evlilik süreleri uzadıkça cinsel doyumlarının ve çift uyumlarının arttığı sonucu elde edilirken, Güleç ve arkadaşlarının çalışmasında ise çiftlerin evlilik süresi uzadıkça cinsel doyumlarının azaldığı saptanmıştır (16,13). Bodur ve arkadaşları, Repokari ve arkadaşları ve Taşçı ve arkadaşlarının çalışmasında çiftlerin demografik değişkenlere ve evlilik sürelerine göre çift uyumları arasında fark olmadığı saptanmıştır (21,89,104). İnfertilite tedavisinin pahalı ve uzun zaman alan bir tedavi olması ve tedavinin sonucunun belirsiz olması sebebiyle tedavi sürecinde eşler kendilerini dönem dönem veya sürekli kötü hissedebilmektedir. Fakat diğer taraftan infertilite tedavi sürecinde amaç üreme bile olsa daha aktif bir cinsel hayata yönlendirilmektedirler (12,62). Bu çalışma sonuçlarına göre elde edilen çocuk isteme ve evlilik süreleri uzadıkça cinsel işlev durumlarında artma, fakat çift uyumlarında azalma sonucu bu nedenlere bağlanabilir.

Çalışmada kadınların infertilite nedenlerine göre cinsel doyum düzeyleri arasında ilişki bulunamazken, nedeni bilinmeyen infertilitesi olan kadınların çift uyumlarının düşük olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Bodur ve arkadaşlarının

çalışmasında da kadınlarda çift uyumunun, problemin her iki eşten kaynaklandığı durumlarda en yüksek ve açıklanamayan infertilite durumunda en düşük olduğu belirlenmiştir (104). Çocuk sahibi olma yeteneği toplumlarda hala önemli bir pozisyonda bulunmakta ve bu yeteneğin bozulmasından kadın sorumlu tutulmaktadır. Her iki eşte de problem olması kadının yükünün daha hafiflemesine, sorunun paylaşılmasına ve özellikle de eşi ve eşinin ailesi tarafından daha az damgalanmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir.

İnfertilite tipine göre çalışmaya katılan kadınların cinsel doyum düzeylerinde fark bulunmamıştır, fakat primer infertilite tanısı alan kadınların çift uyumlarının sekonder infertil kadınlara oranla daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan başka bir çalışmada ise primer ve sekonder infertilitenin kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından bir fark yaratmadığı vurgulanmaktadır (101). Çiftler infertilite sürecini bir tehdit gibi algılayarak birbirlerine daha da yakınlaşabilmekte ve infertilite sebebiyle meydana gelen sorunları, tedavi ile ilgili kararları paylaşarak birbirlerine destek sağlayabilmektedirler (16,13). Bu çalışmada da primer infertil çiftlerin evliliğin özellikle çocuk sahibi olma amacını taşıdığı toplumumuzda, sekonder infertil çiftlere göre daha yoğun hissettikleri baskı ve suçluluk duygularını, problem çözme deneyimleri aracılığı ile birbirlerine destek olarak ve birbirlerine yakınlaşarak baş etmeye çalıştıkları düşünülebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmada, infertilite sorunu yaşayan kadınların cinsel işlev durumu ve çift uyumu düzeyleri belirlenmiştir.

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara göre;

- Çalışmamızın yaş ortalaması 29.84 ± 3.05 yıl olarak saptanmıştır.
- Çoğunluğunun lise eğitim düzeyinde (%54.4) ve çalışmıyor (%57.4) olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların %58'inin geliri giderine denk, %94.1'inin sosyal güvencesi var ve %72.8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan kadınların evlilik süresi ortalaması 5.39 ± 2.27 yıl ve çocuk isteme süresi ortalaması ise 3.46 ± 1.46 yıl olarak belirlenmiştir.
- Çalışmadaki kadınların %85.2'si primer infertilite tanısına sahip olduğunu, %76.3'ü geçmişte bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını, %41.4'ü infertilite nedenini bilmediğini bildirmiştir.
- Kadınların GRCDÖ toplam puan ortalaması 5.30 ± 1.47 olarak belirlenmiştir.
- Kadınların DÇUÖ toplam puan ortalaması 91.27 ± 19.41 olarak belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan infertil kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalamaları ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.65$, $p=0.00$).
- Çalışma kapsamındaki kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları ile Dyadik Çift Uyum Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Kadınların yaş ortalamaları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki ($r=0.29$, $p=0.00$), Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları

arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki ($r=-0.37$, $p=0.00$) vardır.

- Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumları, sosyal güvence varlığı ve aile tiplerine göre GRCDÖ ve DÇUÖ toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0.05$).
- Kadınların çalışma durumlarına göre GRCDÖ toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p>0.05$), çalışan kadınların (95.34 ± 20.11) çalışmayanlara göre (88.25 ± 18.41) DÇUÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($z=2.38$, $p=0.01$).
- Kadınların gelir durumlarına göre ise DÇUÖ toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0.05$). Fakat gelir durumuna göre kadınların GRCDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu ($\chi^2=10.80$, $p=0.00$) ve farkın da geliri-giderinden az olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.
- Kadınların evlilik ve çocuk isteme süresi ortalamaları ile GRCDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki ($r=0.29$, $p=0.00$; $r=0.22$, $p=0.00$), DÇUÖ toplam puan ortalamaları arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($r=-0.42$, $p=0.00$; $r=-0.30$, $p=0.00$) vardır.
- Çalışmaya katılan kadınların geçmişte aile planlaması kullanma durumuna göre GRCDÖ ($t=1.98$, $p=0.04$) ve DÇUÖ ($z=-2.14$, $p=0.03$) toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.
- Kadınların infertilite nedenlerine göre GRCDÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p>0.05$), DÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($\chi^2=8.70$, $p=0.01$) ve bu farkın da nedeni bilinmeyen infertilitesi olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.
- İnfertilite tipine göre çalışmaya katılan kadınların GRCDÖ puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0.05$). Fakat primer infertilite tanısı alan kadınların DÇUÖ toplam puan ortalamaları sekonder infertil kadınlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=-2.26$, $p=0.02$).

6.2. Öneriler

- Tedavi sürecinde çiftlerin birbirlerine olan desteklerinin öneminin vurgulanması,
- İnfertil çiftlerde, çift ilişkisini ve iletişimini bozacak risk faktörlerinin saptanması,
- Toplumda cinsel işlev sorunlarının sıklığını saptamak ve cinsel işlev sorunları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesini sağlamaya yönelik ileri çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin infertilitede cinsel yaşam ve çift uyumu konusunda hizmetiçi eğitimler ile desteklenmeleri önerilebilir.

ÖZET

İnfertilite Sorunu Yaşayan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumu ve Çift Uyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma, infertilite sorunu yaşayan kadınlarda cinsel işlev durumu ve çift uyumu düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı araştırma türüne uygun olarak yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan, 169 infertil kadın oluşturmuştur. Çalışma verileri infertil kadınlar ile yüz yüze görüşülerek Birey Tanıtım Formu, Golombock-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Verileri değerlendirmek amacıyla Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmamızın yaş ortalaması 29.84±3.05 yıl olup, kadınların %54.4'nün lise mezunu olduğu ve evlilik süresinin 5.39±2.27 yıl olduğu bulunmuştur. Kadınların DÇUÖ toplam puan ortalaması 91.27±19.41 olup yüksektir. GRCDÖ toplam puan ortalaması ise 5.30±1.47 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan infertil kadınların Golombock-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ortalamaları ile Dyadik Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.65$, $p=0.00$). Çalışmadan elde edilen sonuçlar; primer infertilite tanısı alan kadınların evliliklerinde çift uyumlarının artmasıyla, cinsel ilişki veya işlevlerde bozulmayı daha az yaşadıklarını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, cinsel işlev, çift uyumu

ABSTRACT

Assessment Of Sexual Satisfaction And Dyadic Adjustment In Women With Infertility Problems

This study was conducted to determine of sexual satisfaction and dyadic adjustment of infertile women as descriptive. The sample size was calculated by using the purposive sampling method of the probabilityless sampling method. The sample of the study consisted of 169 infertile women who applied to the IVF center between March and May 2018 and accepted to participate in the study. The study data were collected by face to face interviews with infertile women using the information form, Dyadic Adjustment Scale (DAS), and Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Descriptive statistics, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and correlation analysis were used in analysis of the data. The mean age of our study was 29.84 ± 3.05 years, 54.4% of the women graduated from high school and mean marriage time was 5.39 ± 2.27 . Mean DAS total score of the women was high (91.27 ± 19.41). Mean GRISS total score of the women was determined 5.30 ± 1.47 . It was determined that there was a middle negative correlation between sexual satisfaction and dyadic adjustment ($r = -0.65$, $p = 0.00$). The results of the study suggest that the women diagnosed for primary infertility experience less impairment in sexual relation or function as their dyadic adjustment increases in their marriage.

Key Words: Infertility, sexual function, dyadic adjustment.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz T, Oskay YÜ. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. HSP 2015;2(1):100- 112.
2. Çoban T, Dinç A. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. IJCR 2013; 1(2): 46-53.
3. Onat Bayram G. İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisi,Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009.
4. Koçak D.Y, Büyükkayacı Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J ObstetWomensHealthDisNurs-Special Topics 2016;2(3):7-13.
5. Göcek Yorulmaz E, Tekinsav Sütücü S. İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: Sistematik gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-CurrentApproaches in Psychiatry 2015: 8: 144-156.
6. Altıntop İ, Kesgin B. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2018; 11 (55): 756-768.
7. Aydın S, Kızılkaya Beji N. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi2013; 10(2):8-13.
8. Keskin G, Gümüş AB. İnfertilite: Umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi2014; 5 (1):9-16.
9. Gonzalez L. Infertility as a transformational process: A framework for psychotherapeutic support of infertile women. Issues in Mental Health Nursing 2000; 21: 33-619.
10. Tanha FD, Mohseni M and Ghajarzadeh M. Birincil ve ikincil infertil kadınlarda cinsel işlevin kontrol grubu ile karşılaştırılması. Int J Impot Res 2014;26:132–134.
11. Yörük F. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT modelin etkinliği, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın 2013.

12. Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. F.N. Hem. Derg2014; 22(1): 17-24.
13. Güleç G, Hassa H, Yalçın E.G, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(3):166-76.
14. Küçükdurmaz F, Taşkıran M. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlar (tanı ve tedavi aşamalarında). Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics 2015; 8(3): 7-52.
15. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(2):80-85.
16. Cetişli NE, Serçekuş P, Oğuz N. Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2014; 16(3): 38- 47
17. Mete S. Kadın ve Cinsellik. Editör: Şirin A. ve Kavlak O. Kadın Sağlığı.Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015; 38-45.
18. Onat, G. ve Kızılkaya Beji N. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: A casecontrol study of Turkish couples. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2012; 165: 243– 248.
19. Arslan H, Ergin A, Coşkuner Potur D, Çıtak N. İnfertil çiftlerin cinsel disfonksiyon yaşama durumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetrics 2008;18(6): 71-364.
20. Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK. et al. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. J.Sex. Med 2008; 5: 1907-1914.
21. Repokari L, Punamaki RL, Unkilo-Kallio L ve ark. Infertility treatment and marital relationships: a year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Hum Reprod 2007; 22: 1481-1491.
22. Nene UA, Coyaji K, Apte H. Infertility: A label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. Patient Educ Couns2005;59(3): 8-234.
23. Oğuz DH. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr.

Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2004.

24. Oskay YU, Beji NK, Serdaroğlu H. The issue of infertility and sexual function in Turkish women. *Sex Disabil* 2010; 28: 71-79.
25. Tashbulatova D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Uzmanlık Tezi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı. Adana, 2007.
26. Taylor B, Davis S. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard* 2006; 21, 11, 35-40.
27. Bal DN. Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014; 11(3):38-42.
28. World Health Organization, (2002), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42576/9241590300.pdf;jsessionid=B0D69463F7E3F76E06CAE13FC23C8CD7?sequence=1> (14.04.2018).
29. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Fertility assessment and treatment for people with fertility problems, (2004), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45935/pdf/Bookshelf_NBK45935.pdf (17.04.2018).
30. ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Women's Health Care Physicians Treating Infertility, (2017), <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Treating-Infertility#causes> (14.04.2018).
31. Maternal health task force. The Burden of Infertility: Global Prevalence and Women's Voices from Around the World. (2017), <http://www.mhtf.org/2017/01/18/the-burden-of-infertility-global-prevalence-and-womens-voices-from-around-the-world/> (09.05.2018).
32. WHO. Mother or nothing the agony of infertility. WHO Bulletin. Available from (2010), <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/12/10.011210.pdf?ua=1> (21.03.2018).
33. World Health Organization. Sexual and reproductive health (2018), <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> (14.04.2018).

34. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med* 2012;9(12):e1001356.
35. Gokler ME, Unsal A, Arslantas D. The prevalence of infertility and loneliness among women aged 18-49 years who are living in semirural areas in Western Turkey. *Int J Fertil Steril* 2014; 8(2): 155-62.
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA, Ankara, 2013.
37. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2009.
38. Uğur AS. İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi 2014.
39. Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşireliği. İnfertilite Hemşireliği Derneği, İstanbul, 2009.
40. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013; 5(2):162- 178.
41. Bektaş MS. , Demir N, Tuncer S, Hassa H. ve ark. Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji, Ankara, 2006; 784- 1205.
42. Gürkan T, Demirel A. İnfertil çiftin değerlendirilmesi. Editör: Çolgar U. *Reprodüktif endokrinoloji ve infertilite*. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006; 79-87.
43. Speroff L, Fritz AM. *Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite*. 7. Baskı, Çeviri Editörü: Erik A. ve Günalp S. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara 2007; 1013-1215.
44. Endometriozis & Adenomyozis Derneği; Türkiye Endometriozis Tanı ve Yönetim Kılavuzu (2014),
http://www.endometriozisderneği.com/sites/default/files/files/endometriozis_kilavuz_2014_final.pdf (21.03.2018).

45. Oral E. ve Elter B. Endometriozisin tedavisinde kanıta dayalı tıp yaklaşımı: İnfertilite. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Özel Dergisi 2010; 3(3):62-73.
46. Yılmaz G. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ve yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2012.
47. Emekçi Ö, Özay AC, Okyay RE, Gülekli B. İnfertil çiftin değerlendirilmesi. Türkiye klinikleri J Gynecol Obst –Special Topics2015;8(4):101-103.
48. Dündar C. Dünyada ve Türkiyede İnfertilite Epidemiyolojisi. İçinde: Erkek Üreme Sistemi Hastalıkları ve Tedavisi. Editörler: Aşçı R, Çayan S, Erdemir F, Orhan İ, Yaman Ö, Usta MF, Kendirci M, Ekmekçioğlu O, Kadioğlu A. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2013; s:177-198.
49. Yumru A, Öndeş B. İnfertil çiftte yaklaşım ve in vitro fertilizasyona doğru hasta seçimi. JAREM 2011;1: 57-60.
50. Günalp S, Güven E.S. Erkek infertilitesi. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Ed: Erk A, Günalp S. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
51. Günalp S, Yücel A. Erkek infertilitesi tanı ve tedavisi. Editör: Çolgar U. Reprodüktif endokrinoloji ve inferite. İstanbul medikal yayıncılık, İstanbul, 2006; 91-108.
52. Mutlu FM, Baştu E. ve Öktem M. Açıklanamayan infertiliteye güncel bakış. Gazi Medical Journal 2013; 24: 29-32.
53. Beji N. İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2001.
54. Arıcı A. Yardımcı Üreme Teknikleri. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlama Vakfı. Görünüm Dergisi. 2012; 2-3.
55. Erdoğan S, Çöğendez E, Eken M, Keyif B, Erdoğan B, Kaya E. Kontrollü ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon tedavisi alan infertil hastalarda gebelik oranlarını etkileyen faktörler. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi 2015;7(1):1-7.
56. Yıldız M, Çim N, Elçi E, Yıldızhan R. İnfertil kadınlarda klomifen sitrat ve rFSH ile ovülasyon indüksiyonu sonrası intrauterin inseminasyon sonuçlarının karşılaştırılması. Van Tıp Dergisi 2016; 23(1): 81-85.

57. Angell NF, Moustafa HF, Rizk BRMB, Nawar MG ve ark. İnratüratin inseminasyon. (Çeviren: Fıçıcıoğlu C, Yıldırım G). In Rızk B, Garcia-Velasco J, Sallam H, Makrigiannakis A, Editors. İnfertilite ve Yardımla Üreme Teknikleri. Çeviri Editörleri: Gürkan T. Çeviri Editör Yardımcıları: Çiçek N, Demirool A, Papuçcu R, Tavmergen E. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2008; 416–427.
58. Arıcı A, Attar E, Balaban E, Buyru F, Çolgar U.ve ark. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite, Editör: Umur Ç. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2006.
59. Durmazoğlu G. İnfertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2015.
60. Etişken Ayaltı E.D, Bayraktar S. İnfertil bireylerde travma sonrası gelişimi etkileyen faktörlerin incelenmesi. International Journal of Social Sciences and Education Research 2017; 3(4).
61. Boivin, J. A review of psychosocial interventions in infertility. Soc Sci Med 2003; 57: 2325-2341.
62. Sezgin H, Hocaoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry 2014; 6(2):165-184.
63. Seymenler S, Siyez D.M. İnfertilite psikolojik danışmanlığı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2018; 10(2):176-187.
64. Yanıkkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11: 4.
65. Koçyigit OT. İnfertilite ve sosyokültürel etkileri. İnsan Bil Derg 2012; 1: 27-38.
66. World Health Organization. Developing Sexual Health Programmes (2010) http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.2_2_eng.pdf (14.04.2018).
67. Şahbaz T. Cinsel mitlerin cinsel işlev bozukluğu ve kaygı üzerinde etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

68. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri 2004; 3:3-13.
69. Höbek Akarsu R, Kızılkaya Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler Androloji Bülteni 2016; 18(65): 134–137.
70. Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel işlev bozuklukları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2008; 1(2): 71-78.
71. Akbulut MF, Üçpınar M.B, Gürbüz Z.G. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics 2015;8(3):10-5.
72. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010;1(3):235-240.
73. Alihocagil Emeç Z. Fertil ve infertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun tanımlanması ve karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, 2016.
74. Yaralı S, Hacıalioğlu N. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2016;6: 108-127.
75. Burns LH. Sexual counseling and infertility. In: Covington SN. Burns LH. Infertility counseling a comprehensive handbook for clinicians 2nd ed. Washington: Cambridge University Press; 2006; 212-233.
76. Güngör İ. ve Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. F.N. Hem. Derg 2015; 23(2):152-159.
77. Kızılkaya Beji N, Kaya D. İnfertilitede birey-çift ve grup danışmanlığı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9 (3): 10-14.
78. Aşçı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite danışmanlığı. İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Dergisi 2012; 20(2): 154-159.
79. Karakoyunlu FB, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12: 3.

80. Karanisoğlu H, Yazıcı S. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. Editör: Beji KN. İnfertilite Hemşireliği. Acar Basım, İstanbul, 2009; 69-88.
81. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin standardizasyon çalışması. Türk Psikiyatri Derg 1993;4(2):83-88.
82. Fışıloğlu H, Demir A. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale of Marital Quality with Turkish Couples. Eur J Psychol Assessment 2000; 16: 214-218.
83. Durgun Ozan Y. Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2013.
84. Atay Y. İnfertilite tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitesi, ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2017.
85. Çavuşoğlu İ. İnfertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2015.
86. Teskereci G. infertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 2010.
87. Haliloğlu S, Sağlam ZA, Toprak D. ve Çetin A. İnfertilite polikliniğine başvuran kadın hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi 2014;2:15-21
88. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014;13: 345-50.
89. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. TJOD Derg 2008; 2:105-110.
90. Bayar U, Basaran M, Atasoy N, Kokturk F., Inan-Arikan, İ. et al. Sexual dysfunction in infertile couples: Evaluation and treatment of infertility. JPMA2014;64:138-45.

91. Cserepes RE, Bugán A, Korösi T, Toth B, Rösner S, et al. Infertility specific quality of life and gender role attitudes in German and Hungarian involuntary childless couples. *Geburtsh Frauenheilk* 2014;74:1009–1015.
92. Donarelli Z, Lo-Coco G, Gullo S, Salerno L, Marino A, et al. The Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQoL) relational subscale: psychometric properties and discriminant validity across gender. *Human Reproduction* 2016; 0: 1-11.
93. Kahyaoğlu S, Kahyaoğlu İ, Süt N, Aydın M, Mollamahmutoğlu L, Özcan U. Tubal faktörü diagnostik laparoskopi ile saptanan infertil kadınlarda serum antiklamidyal antikor düzeyinin tanısal değeri ve infertilite araştırmasındaki yerinin belirlenmesi. *TJOD Derg* 2012;9: 47-54.
94. Kuş C. İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.
95. Taşkın M.İ, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *EurJHS*2016; 2: 79-84.
96. Algül Ö. İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 2013.
97. KüçükM. Çalışma hayatında kadınlar ve karşılaştıkları sorunlar: bir işverene bağlı olarak çalışan emekçi kadınlara ilişkin bir araştırma. *EBD* 2015; 7(1):1-17.
98. Kırço T. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009.
99. Alibaşoğlu H. İnfertilitede emosyonel semptomlar, evlilik uyumu ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farklılıkları, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2010.
100. Öztürk T. İnfertilitede anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ifade tarzı açısından cinsiyet farklılıkları, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2011.

101. Ünal S, Kargın M. ve Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;9(5): 481-486.
102. Heredia M, Teni'as JM, Rocio R, Amparo F, Calleja MA and Valenzuela JC. Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques. European Journal of Obstetrics, Gynecology, Reproductive Biology 2013;167:176–180.
103. Üner E. İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyi ve algıladıkları aile desteğinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2017.
104. Bodur NE, Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;38(1):51-62.
105. Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. Journal of Human Reproductive Sciences 2011;4(2):80-85.
106. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partner's perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. Family Process 2003; 42(1):59-70.
107. Tüzer V, Tuncel A, Göka S, Doğan Bulut S, Yüksel FV, Atan A, Göka E. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: Gender differences. Turk J Med Sci 2010;40(2):229-237.
108. Monga M, Alexandrescu B, Katz S.E, et al. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology 2004;63(1):126-130.
109. Babin, E. A. An examination of predictors of nonverbal and verbal communication of pleasure during sex and sexual satisfaction. Journal of Social and Personal Relationships 2012;30(3): 270-292.
110. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, ve ark. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(4):311-322.
111. Erberk E, Beştepe E, Akar H ve ark. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam 2005;18:72-81.

112. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24:267-271.
113. Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadını cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;18(2):140-147.
114. Donkor ES, Sandall J. The impact perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among woman seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Soc Sci Med* 2007; 65: 1683-1694.



EK1. BİREY TANITIM FORMU

Rumuz:

Anket No:

1. Yaşınız:.....

2. Eğitim durumunuz:

a) İlkokul ve altı b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite

3. Çalışma durumunuz?

a)Çalışıyor b)Çalışmıyor

4. Sosyal güvenceniz?

a) Var b) Yok

5. Aylık gelir durumunuz?

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

6. Yaşadığınız yer?

a) İl b) İlçe c) Köy

7. Aile tipiniz:

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

8. Kaç yıldır evlisiniz?

9. İnfertilite tanısı konulmadan önce doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?

a) Evet b) Hayır

10. Ne kadar süre korunmadığınız halde çocuk sahibi olamadınız?

.....

11. Çocuk sahibi olamamanıza neden olan sorun kime aitti?

a) Bana b)Eşime c) Her ikimize d) Nedeni belli değildi

12.İnfertilite tipiniz?

a) Primer infertilite

b) Sekonder infertilite

EK 2. GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ- KADIN FORMU

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için “hiçbir zaman”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman” şeklinde bes cevap sıklığı yer almaktadır. Sizden istenilen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır. Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
 2. Sorulan durumun son zamanlarda ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
 3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine (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.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?					
2. Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?					
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (Adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)					
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?					
5. Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama vb.) ayırdığınız zaman yeterli mi?					
6. Kendi cinsel organınızın esinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
7. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?					
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?					
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir 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 birleşmede bulunur musunuz?					
16. Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?					
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?					
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamamasından zevk alır mısınız?					
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
21. Ön sevişme sırasında eşiniz klitorisinizi uyardığında doyuma (orgazma) ulaşabilir misiniz?					
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 okşamamasından hoşlanır mısınız?					
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?					
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?					
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?					

**EK 3. GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ- KADIN FORMU
ÇEVİRİ TABLOSU**

DÖNÜŞMÜŞ PUAN	HAM PUAN							
	<u>toplam</u>	<u>sıklık</u>	<u>iletisim</u>	<u>doyum</u>	<u>kacınma</u>	<u>dokunma</u>	<u>vajinismus</u>	<u>anorgazmi</u>
9	68-	8	8	15-16	12-16	11-15	13-16	16
8	60-67	7	7	14	10-11	9-10	11-12	15
7	53-59	6	6	12-13	8-9	7-8	8-10	14
6	46-52	5	5	10-11	6-7	5-6	6-7	12-13
5	38-45	4	4	8-9	4-5	4	4-5	9-11
4	31-37	3	3	6-7	3	3	3	6-8
3	26-30	2	2	4-5	2	2	2	4-5
2	21-25	1	1	2-3	1	1	1	1-3
1	0-20	0	0	0-1	0	0	0	0

EK 4. DYADİK ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen alt düzeylerden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi						
2. Eğlenceyle ilgili konular						
3. Dini konular						
4. Muhabbet sevgi gösterme						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel yaşam						
7. Geleneksellik (doğru veya uygun yaşam)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Anne baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı						
12. Temel kararların alınması						
13. Ev ile ilgili görevler						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları						
15. Mesleki kararlar						

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
16. Ne sıklıkla boşanmayı ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür veya tartışsınız?						
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz?						
18. Ne sıklıkla eşinile olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?						
19. Eşinize güvenir misiniz?						
20. Evlendiğiniz için hiç pişmanlık duyar mısınız?						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?						

23. Eşinizi öper misiniz?

- a) Her gün b) Hemen hemen her gün c) Ara sıra d) Nadiren e) Hiçbir zaman

24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?

- a) Hepsine b) Çoğuna c) Bazılarına d) Çok azına e) Hiçbirine

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?

	Hiçbir zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki defa	Günde bir defa	Günde birden fazla
25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak						
26. Birlikte gülmek						
27. Bir şeyi sakince tartışmak						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak						

Eşlerin bazı zamanlar anlaşıkaları, bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz (Evet veya hayır işaretleyiniz).

	Evet	Hayır
29. Seks için yorgun olmak		
30. Sevgi göstermemek		

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki “mutlu” birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinin en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

- Aşırı mutsuz Oldukça mutsuz Az mutsuz Mutlu
 Oldukça mutlu Aşırı mutlu Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yok.
 İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceklerimin hepsini yapacağım.
 İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
 İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.
 İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
 İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürümesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

EK 5. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



GİZLİ

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1700085980
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurulu
Kararı

01/12/2017


Sayın Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

Kurulumuzun 12.06.2017 tarihli ve 114 sayılı kararı ile kabul edilen "İnfertil Kadınlarda Phssıt Model Kullanımının Cinsel İşlevler ve Cift Uyumu Üzerine Etkisi" isimli Araştırma projenizde belirtilen başlığın süre smurlandırılması nedeniyle PLISSIT model kullanımı olmadan sürdürülmesi gerektiğinden sebeple "İnfertilite Sorunu Yaşayan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumu Ve Cift Uyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesi talebimiz Kurulumuzda değerlendirilmiş ve başlık değişikliği talebimiz ile kurulumuzun 29.11.2017 tarihli ve 258 sayılı kararı ile toplantı katılan etik kurul üyelerimin oy birliği ile uygun görülmüştür. Bilgilerimizi rica ederim.


e-imzalıdır

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Etik Kurul Başkanı

EK 6. KURUM İZNİ


TC Sağlık Bakanlığı

**T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ ARGE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ
18.04.2018 17:56 - 77597247 - 619 - E.109

00067370006

Sayı : 77597247-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Ferda
KABA'nın Araştırma İzni Hk.

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'nin danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Ferda KABA'nın hazırlamış olduğu "**İnfertilite Sorunu Yaşayan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumu ve Çift Uyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfertilite Polikliniği'nde yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Bediha SALNUR
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1 Sayfa)

Izmir İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:0 232 483 3639
Bilgi için:Leyla KARLIDAĞ
Unvan:Uzman
e-Posta:leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi
Telefon No:0 232 441 8111/325
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 443e43e6-602a-4047-9250-66d4ac18d3d5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 7. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi “**İNFERİLİTE SORUNU YAŞAYAN KADINLARDA CİNSEL İŞLEV DURUMU ve ÇİFT UYUMU DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmacı

(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, infertilite sorunu yaşayan kadınların cinsel işlev durumu ve çift uyumu düzeylerinin belirlemektir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Doldurulması planlanan anketler;

- Birey Tanıtım formu; 12 sorudan oluşmaktadır. Anketi dolduran kişilerin ismi ankette yer almayacaktır.
- Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği; 28 sorudan oluşmaktadır.
- Dyadik Çift Uyum Ölçeği; 32 sorudan oluşmaktadır.

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDİRİZ.....

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı: Ferda KABA

Doğum tarihi:28.06.1987

Yabancı dil bilgisi: Orta düzeyde

Görev yeri: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

E-posta adresi: fe_rda_kaba@hotmail.com

Telefon:0 554 713 92 24

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Mezun olduğu üniversite/fakülteyi lütfen belirtiniz: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Lisans)

Mezuniyet tarihini lütfen yıl olarak belirtiniz: 2011

Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz:

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları lütfen belirtiniz: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi /Hemşire

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

Egelioglu Cetişli N., Top E.D., Arkan G., Kaba F., Ertop F. Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşam ve Benlik Saygısına Etkisi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2016;13(2), 101-106. doi: 10.5222/HEAD.2016.101.