



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNFERİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARDA CİNSEL SORUNLAR VE
UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Durak BACANAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANA BİLİM DALI

SIVAS-2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNFERİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARDA CİNSEL SORUNLAR VE
UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Durak BACANAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

SİVAS-2019

"İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Ayten ŞENTÜRK ERENEL

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nuriye ERBAŞ

Üye (Danışman)

Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. ZÜBEYDA AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

YÖNERGE

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARDA CİNSEL SORUNLAR VE UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Durak BACANAK

Yüksek Lisans Tezi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2019, 88 sayfa

Bu araştırma, infertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunlar ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, infertilite tedavisi almak için Malatya da özel bir hastanenin tüp bebek merkezine başvuran 180 kadın hasta oluşturmuştur. Veriler; Bireysel Özellikler Formu, Beck Umutsuzluk Envanteri (BUE), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) ile toplanmıştır. Veriler SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak incelenmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Kadınların FSFI toplam puan ortalamasının $23,50\pm 6,53$ olduğu ve ölçeğin kesme noktası (26,55) dikkate alındığında %66.1'inin Cinsel İşlev Bozukluğu (CİB) yaşadığı bulunmuştur. Kadınların CYKÖ toplam puan ortalamalarının $61,12\pm 20,12$, BUE puan ortalamalarının ise $9,26\pm 2,26$ olduğu saptanmıştır. BUE ile CYKÖ arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). BUE ile FSFI arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). CYKÖ ile FSFI arasında ise pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$).

Sonuç: İnfertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygındır. Kadınların umutsuzluk düzeyi ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki saptanmazken, umut düzeyi yükseldikçe cinsel yaşam kalitesinin de geliştiği

belirlenmiştir. Bu nedenle tedavi merkezlerinde kadınların cinsel yaşam kalitesine, cinselliğine ve psikolojik durumlarına yönelik, uygun destekleyici yaklaşımların geliştirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, umut/umutsuzluk, cinsel işlev bozukluğu, cinsel yaşam kalitesi



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL PROBLEMS AND HOPELESSNESS LEVEL IN WOMEN RECEIVED INFERTILITY TREATMENT

Durak BACANAK

Master`s Thesis

Department of Obstetrics and Gynaecology Nursing, Cumhuriyet University

Advisor: Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2019, 88 pages

This study was conducted to investigate the relationship between sexual problems and hopelessness in women receiving infertility treatment. The sample of the study consisted of 180 female patients who applied to in vitro fertilization center of a private hospital in Malatya for infertility treatment. Data were collected by means of Individual Characteristics Form, Beck Hopelessness Inventory (BUE), Female Sexual Function Index (FSFI), Sexual Quality of Life Scale-Female (STSQ-C). The data were evaluated in SPSS 20.0 package program. The data obtained from the measurement were determined by Kolmogorov-Smirnov test for the normal distribution. Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis variance analysis and correlation analysis were used for statistical analysis of the relationships between variables.

Significance level was evaluated at $p < 0.05$. The mean FSFI total score of the women was $23,50 \pm 6,53$ and the cut-off point of the scale (26,55) revealed that 66,1% had sexual dysfunction (SD). It was found that the total mean scores of women's STSI was $61,12 \pm 20,12$ and the mean BUE score was $9,26 \pm 2,26$. A positive and low level relationship was found between BUE and SRS ($p < 0.01$). There was no significant relationship between BUE and FSFI ($p > 0.05$). A positive and high correlation was found between SESI and FSFI ($p < 0.01$).

Conclusion: Sexual dysfunction is common in women receiving infertility treatment. While there was no correlation between hopelessness level and sexual dysfunction of women, it was determined that the higher the level of hope, the higher the quality of life. For this reason, it has been proposed to develop appropriate

supportive approaches to the quality of life, sexuality and psychological status of women in treatment centers.

Key Words: Infertility, hope/hopelessness, sexual dysfunction, quality of sexual life



TEŐEKKÖR

Tez konusunu seğerken isteklerimi göz önünde bulundurup bana yardımcı olan ve desteklerini bir an olsun esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

YÖNERGE	vi
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLOLAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
KISALTMALAR/SİMGELER	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmada Cevap Aranılan Sorular	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Tarihçesi	5
2.1.1. İnfertilitenin İnsidansı	6
2.1.2. Etiyoloji	7
2.1.1.1. Kadına Ait Nedenler	8
2.1.1.2. Erkeğe Ait Nedenler	8
2.1.1.3. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite	9
2.1.3. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi	9
2.1.3.1. Kadının Değerlendirilmesi	10
2.1.3.2. Erkeğin Değerlendirilmesi	11
2.2. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkileri	12
2.2.1. İnfertilitenin Psikolojik Duruma Etkisi	13

2.2.2. İnfertilitenin Sosyal Duruma Etkisi.....	14
2.2.3. İnfertilitenin Cinsel Yaşama Etkisi	16
2.3. İnfertilite ve Umutsuzluk	18
2.3.1. Umut.....	19
2.3.2. Umutsuzluk.....	20
2.3.3. Umutsuzluğun Cinsel Yaşama Etkileri	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.4.1. Bireysel Özellikler Formu	25
3.4.2. Beck Umutsuzluk Envanteri (BUE)	25
3.4.3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI).....	25
3.4.4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın.....	26
3.5. Verilerin Toplaması	26
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	27
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	27
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler	68
KAYNAKLAR	69
EKLER	77
Ek I. BİREYSEL ÖZELLİKLER FORMU	77

Ek II. BECK UMUTSUZLUK ENVANTERİ (BUE).....	78
Ek III. KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI).....	79
Ek IV. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN.....	84
Ek V. Anket Uygulama İzin Formu	85
Ek VI. Etik Kurul Raporu (1).....	86
Ek VI. Etik Kurulu Raporu (2).....	87
ÖZGEÇMİŞ	88



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Ortalamaları	31
Tablo 3. Kadınların İnfertilite ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 4. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	34
Tablo 5. Kadınların FSFI Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması.....	35
Tablo 6. Kadınların CYKÖ-K ve BUE Puan Ortalaması	36
Tablo 7. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre CİB Yaşama Durumunun Dağılımı	36
Tablo 8. Kadınların Ostetrik Özelliklerine Göre CİB Yaşama Durumunun Dağılımı	39
Tablo 9. Kadınların İnfertilite ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre CİB Yaşama Durumlarının Dağılımı.....	39
Tablo 10. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Alma Durumuna Göre CİB Yaşama Durumlarının Dağılımı	42
Tablo 11. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K puan ortalaması	43
Tablo 12. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalaması	45
Tablo 13. Kadınların İnfertilite ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalaması	46
Tablo 14. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Alma Durumuna Göre CYKÖ-K Puan Ortalaması	48
Tablo 15. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BUE Puan Ortalaması	49
Tablo 16. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre BUE Puan Ortalaması	51
Tablo 17. Kadınların İnfertilite ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre BUE Puan Ortalaması	52

Tablo 18. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Alma Durumuna Göre BUE Puan Ortalaması	54
Tablo 19. Kadınların FSFI, CYKÖ-K ve BUE Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon Analizi	55



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlilik ve Normal Dağılıma Uygunluk Göstergeleri	28
--	----



KISALTMALAR/SİMGELER

ATT	: Acı Tıp Teknisyeni
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BUE	: Beck Umutsuzluk Envanteri
CİB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
FSFI	: (Female Sexual Function Inventory) Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği
IUI	: Intrauterin inseminasyon
IVF	: In vitro fertilizasyon
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
USG	: Ultrasonografi
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, hiçbir kontraseptif yöntem kullanılmamasına ve düzenli koitusa karşın (haftada en az iki kez) bir yıl süre içinde gebeliğin gerçekleşmemesi durumudur (Çorapçıoğlu Özdemir, 2006). İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sorun olmamakla birlikte, çiftin ruhsal sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerden dolayı bir yaşam krizi olarak değerlendirilmektedir (Uğur, 2014). Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin yaklaşık olarak %10-15'i infertilite sorunu yaşamaktadır (Yassa, 2016; Uğur, 2014). Gelişmiş ülkelerde 12 aylık prevalans %3,5 ile % 16,7 arasında değişmekte olup, daha az gelişmiş ülkelerde ise bu oran %6,9 ile %9,3 arasındadır. Dünyada 72 milyon kadının infertil olduğu ve bu kadınlardan 40,5 milyonunun ise infertilite tedavisine başvurdukları belirtilmektedir (Yassa, 2016). Türkiye'de infertilite insidansı %8,5-10 olarak kabul edildiğinde 1,5 milyon kadının infertilite sorunu yaşadığı, bu kadınlar eşleriyle birlikte ele alındığında sorunun 3 milyon kadar insanı direkt etkilediği dikkati çekmektedir (Uğur, 2014; Taşçı ve ark., 2008). İnfertilitenin nedeni %23 oranında erkek, %49 oranında kadına ait faktörlere bağlı olmakla birlikte, %28 oranında da sorunun altında yatan faktör açıklanamamaktadır (Pazarbaşı, 2016).

İnfertilite yalnızca infertil çifti değil, tüm aileyi etkileyen gelişimel bir krizdir. Yasal olarak boşanma nedeni olmamasına karşın, aile ilişkileri üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı infertilite genellikle boşanma olaylarının altında yatan bir faktör olabilmektedir. Türkiye'de %3 oranında görülen çok eşli evliliklerin nedeni de genellikle ilk kadın eşin infertil olmasına bağlanmaktadır (Kılıç ve ark., 2011). Hasanpoor ve ark. (2014) uzun süreli infertilite tedavisinin çiftlerin ilişkisine olan etkilerini araştırdığı çalışmalarında çiftlerin tedavi sürecinde korku, endişe, üzüntü, yorgunluk, bitkinlik, çaresizlik, kızdırıp, gibi duygusal etkilenimler yaşadıklarını saptamışlardır. İnfertilitenin çiftler üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada ise infertil çiftlerde kaygı düzeyinin fertil çiftlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bahauddin, 2009). Kadın açısından infertilitenin anlamı; doğuramama, kontrol kaybı, eksiklik, kendini kadın toplumunun dışında hissetme, kaygı, depresyon yalnız kalma, sosyal güvence azlığı, sosyal rol eksikliği, memnuniyetsizlik, benlik saygısında

azalma gibi durumlar olabilmektedir (Kılıç ve ark., 2011; Lee ve ark., 2001; Cousineau ve Domar, 2007). Özellikle gebeliğin gerçekleşmediğini gösteren mensturasyonun başlaması, birçok kadının yoğun depresif duygular yaşamasına neden olabilmektedir (Tashbulatova, 2007).

İnfertilitenin aile yaşamı içinde etkilediği diğer bir alan çiftin cinsel yaşamıdır. Cinsellik ve cinsel işlevle ilgili sorunlar toplum genelinde kolay ifade edilmeyen ve tabu olarak değerlendirilen bir durumdur (Gölbaşı ve ark. 2014). Bu nedenle infertil çiftlerin cinsel sorunları hem bireyler tarafından yeterince dile getirilmemekte, hem de sağlık çalışanları tarafından genellikle ihmal edilen ve etkili bir şekilde ele alınmayan bir alan olarak kalmaktadır. Diğer taraftan, cinsel sorunlar, çift tarafından yalnızca seksüel düzensizlik olarak algılanabilmekte ve bu yüzden cinsel problemlerin yaygınlığı kesin olarak tahmin edilememektedir (Wischmann, 2013). Ancak yapılan birçok çalışma infertilite tanısından sonra ve tedavi süreci boyunca çiftin cinsel yaşamında sorunlar ortaya çıktığını göstermektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Oğuz, 2004; Millheiser, 2010; Luk ve Loke, 2014; Bodur ve ark., 2013). İnfertilite ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan bir çalışmada 200 infertil kadının %35,5'inde cinsel fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir (Tashbulatova ve ark., 2013). Keskin ve Babacan Gümüş (2014) kadınlarda cinsel işlev bozukluğu oranını tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada, primer infertil kadınların %64,8'i; sekonder infertil kadınların ise %76,5'inin cinsel sorun yaşadığını belirlemişlerdir.

İnfertil çiftlerde cinsel sorunları etkileyen birçok faktör vardır. Bir yandan pahalı ve yorucu infertilite tedavileri, diğer yandan çocuk sahibi olma yönündeki başarısız girişimler cinsel yaşamla ilgili sorunları etkilemektedir (Bokaie ve ark., 2015). Birey infertil durumundan dolayı cinsel olarak kendini yetersiz hissedebilmekte, bu yetersizlik hissi, eşlerin birbirine olan ilgisinde ve cinsel yaşamdan memnuniyet düzeylerinde azalmaya sebep olabilmektedir (Valsangkar ve ark., 2011). Özellikle siklusun fertil zamanlarında cinsel ilişkide bulunma gerekliliği, cinsel ilişkinin doğallığının kaybolmasına, cinsel tatminsizliklere, cinselliğin ev ödevi gibi yaşanmasına yol açmaktadır (Uğur, 2014). Bu durum infertilite süresi uzadıkça daha belirgin hale gelmektedir. Turan ve ark. (2014)'nın çalışmasında infertil kadınlarda tedavi süresinin 3 yıl ve daha uzun olmasının, cinsel işlev bozukluğu için başlıca risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada 40 yaş üstü infertil

kadınlarda 40 yaş altındakilere göre cinsel işlev bozukluğu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Winkelman ve ark., 2016). Zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide amacın gebelik olması, belli pozisyonları benimseme gibi durumlar da infertil çiftlerin cinsel sorunlarının altında yatan faktörler arasında yer almaktadır (Uyar, 2015; Algül, 2013). İnfertil kadınlarda cinsel disfonksiyon için diğer risk faktörleri arasında ise ileri yaş, sekonder infertilite, eğitim durumu, gelir düzeyi, evlenme şekli, evlilik ve infertilite süresi bulunmaktadır (Küçükdurmaz ve Taşkiran, 2015).

İnfertil çiftlerdeki cinsel sorunların diğer bir nedeni umutsuzluk duygusu olabilir. Umut, insanın doğasında bulunan, yalnızlık, sıkıntı ve acı çekme gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmayı sağlayan en değerli kaynaktır. Bireyi motive ederek gerektiğinde birçok şeye ulaşmasına olanak tanıyan bir güçtür (Kargın, 2009). Umutsuzluk ise genel olarak, kişinin kendisini olumsuz özellikler ile tanımlaması, gelecek ile ilgili olarak olumsuz beklentiler içinde olması, olumsuz yaşantılarını değişmez ve genel olarak kabul etmesidir (Keskin ve Babacan, 2014). Kişi hoşlanmadığı deneyimlerin etkisiyle umutsuzluk belirtileri gösterebilir. Bu deneyimlerin biri de infertilitedir. İnfertilite tanısı, çocuk sahibi olma umudunu azaltmakta, hatta ortadan kaldırmaktadır (Karimi ve ark., 2015). İnfertil çiftler bir çocuğa sahip olamayacaklarını öğrendiklerinde kendi kaderlerini kontrol etme yetkisine sahip olmadıklarını hissederek umutsuzluğa düşebilmektedir. Başarısızlıkla sonuçlanan tedavi sonuçları da bireyde bir daha çocuk sahibi olamayacağı düşüncesine neden olarak umutsuzluğu artırabilir (Keskin ve Babacan, 2014; Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). Erbil ve ark. (2010)'ın yaptıkları bir araştırma sonucunda, infertil kadınlardaki umutsuzluk düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelik sonucu negatif çıktığında kadınlardaki umutsuzluk kaygı ve suçluluğun etkisiyle cinsel arzular azalmakta ve cinsel ilişkiye karşı olumsuz duygular meydana gelmektedir. Bu duygunun etkisiyle infertil kişiler; doğal bir ihtiyaç olduğunu unutarak cinsel ilişkide uzaklaşabilmekte ve gebelikle sonuçlanmadığı için cinsel ilişkiyi gereksiz bulan düşüncelere yönelebilmektedir (Faramarzi ve ark.,2014; Bokaie ve ark., 2015). Bokaie ve ark.'ın (2015) çocuk sahibi olma isteği başarısız olan çiftlerin cinsel ilişki isteklerini araştırdıkları çalışmalarında bu kişilerin çocuk sahibi olmada başarısız oldukları zaman cinsel ilişki için artık istek duymadıklarını, durumu umutsuz bir olay olarak gördükleri ve bu yüzden cinsel ilişkiden kaçındıklarını bildirmişlerdir.

Literatür incelendiğinde infertil kadınlarda cinsel sorunların yaygınlığını inceleyen çalışmaların olduğu, ancak cinsel sorunların umutsuzluk düzeyi ile ilişkisini inceleyen çok az sayıda araştırma olduğu görülmüştür. Sağlık sorunlarının önlenmesi için altta yatan faktörlerin ortaya çıkarılması, bu faktörlere yönelik müdahalelerin planlanması önemlidir. Bu nedenle çalışma infertil kadınların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olan cinsel sorunların umutsuzluk düzeyi ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma infertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunlar ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmada Cevap Aranılan Sorular

1. İnfertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunların düzeyi nedir?
2. İnfertilite tedavisi alan kadınlarda umutsuzluğun düzeyi nedir?
3. Bireysel faktörler infertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunları ve cinsel yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyini etkiler mi?
4. Obstetrik Özellikler infertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunları ve cinsel yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyini etkiler mi?
5. İnfertilite tedavisi alan kadınlarda, cinsel sorunlarla umutsuzluk düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Tarihçesi

İnfertilite, çocuk sahibi olmayı düşünen çiftlerin en az bir yıllık süre içerisinde herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaksızın, düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi ya da sürdürememesi durumudur (Şen ve ark., 2014). Daha geniş bir tanıma göre ise infertilite; 35 yaşını doldurmamış çiftlerde 1 yıllık, 35 yaşını dolduran çiftlerde 6 aylık süre içerisinde herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılmaksızın, haftada 3-4 kez düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin meydana gelmemesi veya sürdürülememesidir (Üner, 2017).

İnfertiliteyi gebeliğin gerçekleşmesi veya gerçekleşmemesi durumuna göre primer ve sekonder infertilite olarak ikiye ayrılmaktadır. Son 1 yıl içinde korunmaksızın cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen gebeliğin hiç gerçekleşmemesi durumuna primer infertilite adı verilirken, daha önce gebelik gerçekleştiği halde tekrardan gebe kalamama durumu ise sekonder infertilite olarak adlandırılmaktadır (Demir, 2016).

İlk çağlarda tanrılar tarafından insanın cezalandırılması olarak kabul edilen infertilitenin tıbbi bir sorun, bir hastalık olarak görülmesi Hipokrat'ın çalışmalarından sonra başlamış, ilk defa Mısır papirüslerinde infertiliteden bahsedilmiştir (Çavuşoğlu, 2015; Uyar, 2015). Eski dönemlerde üremenin kaynağı erkek olarak görülmüş (Üner, 2017), infertil kadınların soyun devamlılığını sağlayamadıkları düşünülerek, bu kadınlara boşama (İngiltere Krallığı), iple asılma, sandalyeye bağlanarak diri diri yakılma (Hint kültürü) gibi cezalar verilmiştir (Çavuşoğlu, 2015; Uyar, 2015). Mısır papirüslerinde infertil kadının gebe kalabilmesi için bir boğayla sembolik olarak cinsel ilişkiye girmesi gerektiğinden bahsedilirken, Antik Çağlarda Yahudilerde ise infertilite, Tanrı tarafından cezalandırma ve ilahi bir lanetlenme olarak görülmüştür. Eski Yunan'da infertil kadın, aşağılık bir yaratık olarak görülmekten kurtulamamıştır (Uyar, 2015).

İnfertilite MÖ 4000'li yıllardan günümüze kadar her toplum ve kültür için önemli bir olgu olmuştur (Algül, 2013). İnfertilite ile ilgili ilk metinler MÖ 2200-1950 yıllarına dayanır. Gebeliğin erken tanısı ve kısırlığın önlenmesiyle ilgili reçeteler ilk

olarak eski Mısır'da kullanılmıştır (Uğur, 2014). Hipokrat MÖ 460-377 kaynaklarında uterusun ve semenin gebelik açısından önemini vurgulamış, o devirdeki büyü ile iç içe geçmiş tıbbi tedavi anlayışını reddederek rasyonel düşünce ve muhakemeye dayalı yeni bir tıbbi sistem geliştirerek infertilitenin tıbbi bir sorun olduğunu savunmuştur (Üner, 2017; Uyar, 2015). Soranus fertilitayı açıklayan ilk kişilerdendir. İnfertilitenin erkek kaynaklı olabileceğini ilk kez belirten Platon olmuştur (Üner, 2017). Aristoteles ve Platon cinsel birleşimde kadının döllenme için bir madde yaydığını belirtmişlerdir (Uyar, 2015). İnfertilite sorununa yönelik yapay fertilizasyonla ilgili ilk düşüncelerin MS 3. yüzyılda yaşamış İbrani filozoflara aittir (Partovi Meran ve Kızılkaya Beji, 2016). Regnier de Graff tarafından ovum incelenmiş ve daha sonra “graff folikülü” olarak isimlendirilmiştir (Üner, 2017). İnsandaki ilk yapay döllenme ise 1776 ve 1799 yılları arasında Hunter tarafından elde edilmiştir (Karaca ve Ünsal, 2012).

İnfertilite, kadınlar için bugün de geçmişte olduğu gibi damgalayıcı ve cezalandırıcı bir faktördür (Uyar, 2015). Gelişmemiş, kadının eğitim ve sosyal statüsünün geride olduğu, ülkelerde çocuklu olmak, kişilere ayrıcalık ve itibar kazandırırken, çocuksuz olmak ise hala tanrı tarafından cezalandırılma olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde de, eğitim düzeylerinin yüksek olması ve kişilerin kendilerini daha iyi ifade etmelerine rağmen infertilite sosyal bir damgalanma, utanç verici bir durum olarak algılanmaktadır (Çavuşoğlu, 2015; Palha ve Lourenço, 2011). İnfertilite problemi; önceleri kutsal yerleri ziyaret edip, dua etme yoluyla çözülmeye çalışılırken, son 40 yılda üreme sağlığı ile ilgili gelişmelerle birlikte infertilite tedavisine olan ilgi ve beklenti artmış, imkânsız olarak görülen infertilite problemlerinin çözümünü için çeşitli tanı ve tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (Partovi Meran ve Kızılkaya Beji, 2016; Karaca ve Ünsal, 2012; Üner, 2017).

2.1.1. İnfertilitenin İnsidansı

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen, bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin yaklaşık olarak %10-15'ini etkileyen bir sorundur (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Gelişmiş ülkelerde 12 aylık prevalans %3,5 ile %16,7 arasında değişmekte olup, daha az gelişmiş ülkelerde ise bu oran %6,9 ile %9,3 arasındadır. İnfertilite %23 oranında erkek, %49 oranında kadına ait faktörlere bağlı olmakla birlikte, %28 oranında da açıklanamayan nedenlere

bağlıdır (Amanak ve ark., 2014). Bir başka şekilde ifade ile infertilitenin kaynağı kadın faktörlü, erkek faktörlü ve nedeni bilinmeyen infertilite olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Koçyiğit, 2012).

Türkiye’de çocuk sahibi olamayan infertil çift sayısı 2 milyon civarındadır. Bu çiftlerden sadece 150 bini çocuk sahibi olmak için tedavi görmektedir. Yıllara göre Türkiye’de infertilite oranına bakıldığında giderek artış olmaktadır (Üner, 2017). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verileri incelendiğinde; hiç çocuk sahibi olamayan (primer infertilite) kadınların oranı %4, evli çiftler arasında infertilite prevalansı yaklaşık %10’dur (Küçükdurmaz ve ark., 2015).

Dünyada infertilite farklı ülkelerde farklı oranlarda görülmektedir ve %5-30 arasında değişmektedir. Sanayileşmiş toplumlarda çiftlerin %10-15’inin birincil ya da ikincil infertilite tanısı aldıkları tahmin edilmektedir. Bu oran Afrika ülkelerinde %30-50’ye yükselmektedir (Karaca ve Ünsal, 2012). Dünyada infertilite oranının %8-12 arasında olduğu söylenebilir. Türkiye’de ise bu oran evli çiftlerin %10-20’si arasındadır. Bir başka deyişle dünyada ortalama her 10 kadından biri, Türkiye’de ise evli her 6 kadından biri bu sorunu yaşamaktadır (Koçyiğit, 2012). Tahminler dünyada yaklaşık 72.4 milyon çiftin fertilitite sorunu yaşadığını göstermektedir (Küçükdurmaz ve ark., 2015). Dünyada kadınlarda primer infertilite sıklığının %0.6-3.4 arasında değiştiği, sekonder infertilitenin ise %8.7-32.6 aralığındadır (Demir, 2016). İnfertilite Amerika’da yaklaşık 6 milyon çifti etkilemektedir (Küçükdurmaz ve ark., 2015).

2.1.2. Etiyoloji

İnfertilite nedenleri çeşitli toplumlar ve kültürler arasında farklılık göstermektedir. Yaş, cinsiyet, günlük yaşam aktiviteleri ve alışkanlıkları bu farklılıkları desteklemektedir. Genel olarak infertil çiftlerin ortak sorunları; %25 ovulasyon bozuklukları, %25-30 tubal sorunlar, %40 erkek faktörüdür. %10-15 idiyopatik infertilitedir (Üner, 2017). Fertil çiftlerin %80-90’ı 12 aylık bir süreden sonra hatta %95’inin 2 yıllık bir süreden sonra başarabileceklerinin anlaşılması önemlidir. Diğer çiftler infertilite nedenini belirlemek için araştırılmalıdır (Benli, 2010).

2.1.1.1. Kadına Ait Nedenler

İnfertilitenin kadına ait nedenlerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Yumru ve Öndeş, 2011):

- Ovulatuvar disfonksiyon ~%40
- Tubal ve pelvik patolojiler ~%40
- Sık görülmeyen nedenler (uterin, servikal patolojiler) ~%10
- Açıklanamayan infertilite ~%10

2.1.1.2. Erkeğe Ait Nedenler

İnfertilitenin erkeğe ait nedenlerini aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Yumru ve Öneş, 2011; Algül, 2013):

- Seksüel / Ejakülatuar disfonksiyon
- İmmünolojik nedenler
- Neden belirlenememiş grup
- İzole seminal plazma anormallikleri
- İatrojenik nedenler
- Sistemik nedenler
- Konjenital anomaliler
- Kazanılmış testiküler hasar
- Varikosel
- Aksesuar bezlerin enfeksiyonu
- Endokrin nedenler
- İdiopatik oligozoospermi
- İdiopatik astenozoospermi
- İdiopatik teratozoospermi
- Obstruktif kriptozoospermi
- Obstruktif azoospermi
- İdiopatik azoospermi

2.1.1.3. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite

Ovulasyon, fallop tüplerinin ve sperm parametrelerinin normal olması (Sağol, 2015), bir yıl korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik gelişmeyen, tetkik ve muayenelerinde herhangi bir sorunla karşılaşılmayan olgular açıklanamayan infertilite başlığı altında değerlendirilir (Çavuşoğlu, 2015). Bu çiftlere yaklaşımda hemen en üst düzey yardımcı üreme tekniklerinin kullanılmasından ziyade yaşa ve infertilite süresine bağlı olarak uygun tedavilerin seçimi ile de başarılı sonuçlar alınabilmektedir (Algül, 2013). İnfertil çiftlerin %30'a varan bölümüne bu tanı konmaktadır (Sağol, 2015).

2.1.3. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi

Bir yıl veya daha uzun süre korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamayan bütün çiftlere değerlendirme yapılması önerilmelidir, ancak 35 yaşın üzerindeki kadınlarda 6 aylık başarısız girişimler sonrası değerlendirme yapılması gerekmektedir. 40 yaşın üstündeki kadınlarda da 6 ay beklenmeden değerlendirme yapılmalıdır (Yassa, 2016). Bunun yanı sıra endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık, şüpheli konjenital uterin anomali gibi risk faktörlerinin eşlik ettiği vakalarda, değerlendirme mümkün oldukça erken yapılmalıdır. İnfertilite değerlendirilmesinde birden çok faktörün etiyolojiye katkıda bulunabileceği akılda tutulmalıdır ve başlangıçta kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır (Sağol, 2016).

İlk danışmada çiftlerin ikisinin de katılımı sağlanmalı ve mümkün olduğunca her muayeneye gelmeleri teşvik edilmelidir. Böylece daha fazla bilgiye erişim sağlanmış olur ve çiftin birbirine destek olmalarına yardımcı olur. Detaylı değerlendirmedeki amaç, infertiliteye sebep olabilecek olası nedenleri saptamak, nedene göre tedavi başarısı ve süreç hakkında çiftleri bilgilendirmek, uygun tedavi seçeneklerini çifte sunmaktır. Verilen danışmanlık, hem değerlendirme hem de tedavi sırasında devam eden bir süreçtir. Bütün tıbbi durumlarda olduğu gibi her infertilite değerlendirmesi dikkatli ve tam bir öykü ve fizik muayene ile başlamalıdır. Öykü ve fizik muayenede saptanan bulgular infertilitenin olası nedenleri üzerine odaklanılmasına katkı sağlar (Yassa, 2016).

Erkek infertilitesinde son 15 yılda uygulanan teknikler sayesinde hızlı ilerleme sağlanmıştır. Geçmişte kadın faktörü ilginin odak noktası iken erkekten kaynaklanan faktörlerin infertilitenin nadir rastlanan nedenlerinden biri olduğu düşünülürdü. Günümüzde infertil çiftlerin %20-40'ında erkek infertilitesinin eşlik ettiği bilinmektedir. Erkekten elde edilen tek bir sperm hücresiyle bile gebelik oluşturulabilmektedir (Topçu ve ark., 2017).

2.1.3.1. Kadının Değerlendirilmesi

Değerlendirmenin hemen yapılması gereken durumlar ise kadında oligomenore veya amenore olması, kadında kemoterapi/radyoterapi veya ileri derece endometriozis öyküsü, bilinen uterus veya tubal hastalık olması ya da şüphesi bulunması, kadın partnerde prematür ovaryan yetmezlik risk faktörleri (geçirilmiş kapsamlı ovaryan cerrahi, otoimmün hastalıklar, sigara içimi, ailede erken menapoz öyküsü olması) bulunmasıdır (Yassa, 2016).

İnfertilite şikayetiyle başvuran çiftlerde kadını değerlendirme çok detaylı bir şekilde yapılmalıdır. Tam bir tıbbi, cerrahi ve jinekolojik anemnez almak tanı koyma ve tedavi seçeneklerini belirlemede önemli bir yer tutar (Çavuşoğlu, 2015). İlk yapılması gereken detaylı hikayenin alınmasıdır.

Kadının değerlendirilmesinde (Çavuşoğlu, 2015);

- Menstrüel siklus düzeni, kanama miktarı, süresi, dismenore, disparoni
- Önceki gebelikler, abortus, küretaj, doğum sayısı,
- Cinsel ilişki sıklığı, seksüel disfonksiyon, vaginismus
- Kontrasepsiyon öyküsü ve süresi
- İnfertilite süresi, uygulanan tedaviler,
- Genel sağlık durumu, sistemik hastalıklar, troid hastalıkları, kullanılan ilaçlar diyet, egzersiz, kilo, vücut kitle indeksi
- Tiroid hastalıkları, Galaktore, hirşutizm,
- Aile öyküsü; erken menopoz, kanser
- Geçirilmiş pelvik ve servikal cerrahi öyküsü, kemoterapi, pelvik radyoterapi öyküsü
- Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) öyküsü

- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü
- Smear sonuçları
- Sigara, alkol, kokain ve ilaç bağımlılığı değerlendirilmelidir.

Kadın değerlendirmesinde ayrıca (Topçu ve ark., 2017):

- Çevresel toksinlere maruziyet
- Alerjik durumların varlığı
- Hospitalizasyon öyküsü
- Koit sıklığı ve seksüel disfonksiyonda dikkate alınmalıdır.

Menstrüel siklus düzeni, amenore seyrek adet görme ve dismenore, ailede erken menopoz öyküsü varlığı ovulatuvar bozuklukları düşündürür. Geçirilmiş pelvik cerrahi operasyonlar, (rüptüre apandisit, ektopik gebelik myomektomi, adneksiyel cerrahi) pelvik inflamatuvar hastalık (PID) öyküsü, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü genellikle tubal faktörü düşündürür. Pelvik veya abdominal ağrı, menoraji, histeroskopik cerrahi öyküsü uterin patolojileri düşündürür (Çavuşoğlu, 2015).

2.1.3.2. Erkeğin Değerlendirilmesi

Erkek faktörleri olarak da inguinal veya testikuer cerrahi öyküsü, erişkin kabakulak geçirme öyküsü, impotans, seksüel disfonksiyon, kemoterapi veya radyoterapi öyküsü, başka bir partner ile subinfertilite öyküsünü kabul edebiliriz (Yassa, 2016). Erkek faktörü araştırmasında; herhangi bir yakınmasının olup olmadığı, işi, daha önce semen analizi yaptıırıp yaptıımadığı, meme değişikleri, diyabet/hipertansiyon gibi sistemik hikaye varlığı, sigara, alkol, kafein, ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Koit sıklığı, zamanlaması, erektil disfonksiyon, ejakulasyon problemleri, libido kaybı sorgulanmalıdır. Tüberküloz, seksüel yolla geçen hastalıklar, apendektomi, ailesinde kendisine benzer problemi olanlar ve sistemik hastalıklar sorgulanmalıdır. Erkek temel infertilite araştırmasında detaylı hikaye alınmasından sonra yapılacak test spermioqramdır. Spermioqram; 2-5 günlük cinsel perhiz sonrasında, masturbasyon ile alınan semen parametresinin incelenmesini içermektedir (Topçu ve ark., 2017).

Erkeğin değerlendirilmesinde (Çavuşoğlu, 2015);

- İnfertilite süresi ve hikayesi
- Koitus sıklığı, ereksiyon ve ejakülasyon sorunu olup olmadığı
- Çocukluk ve gelişim dönemlerine ait hastalıklar; kabakulak ve buna bağlı oluşan orşit öyküsü, kriptorşidizm (inmemiş testis) ve düzeltilmesi için yapılan orşiopeksi ameliyatı
- Sistemik tıbbi hastalıklar (diyabet, obezite cushing sendromu, karaciğer ve böbrek hastalıkları, kistik fibrozis) ve bunlara bağlı ilaç kullanımı
- Cerrahi öykü pelvik skrotal ameliyatlar vazektomi, spinal kord yaralanması, testis tümörü, inguinal herni operasyonu, renal transplantasyon
- Geçmişte geçirilmiş cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Meslek çevresel toksinler ve ısı maruziyeti
- Sigara, alkol, kokain ve ilaç bağımlılığı değerlendirilir.

Sperm üretimi 2-3 ayda bir tekrarlanır. Yani üretilen bir sperm 2-3 ay sonra ejakülatla atılmaktadır; dolayısıyla kişinin karşılaştığı olumsuzluklar veya tedavi için kullanılan ilaçların etkisi 3 ayın sonunda belli olmaktadır (Çavuşoğlu, 2015).

2.2. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkileri

Bazı toplumlarda çocuk doğurmamak kadın için bir sağlık sorunu değil, bir eksiklik bir ayıptır. Çocuksuzluk aşağılayıcı bir durumdur (Kılıç ve ark., 2011). Kişiyne infertilite teşhisi konulması, çiftin yaşamına şu ana kadar hiç karşılaşmadıkları bir yaşam krizini doğurabilir. Bu kriz sadece infertil olan kişiyi değil, hem eşini hem de aralarındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Etişken Ayatlı ve Bayraktar, 2017).

Çocuk sahibi olmakta güçlük çeken çiftler soyadını devam ettirme konusunda aile ve toplum tarafından baskı altına alınmakta ve çocuksuz oluşlarını statü düşüklüğü, kusurluluk ve yetersizlik olarak algılamaktadırlar (Etişken Ayatlı ve Bayraktar, 2017). İnfertil bireyler çevrelerindeki arkadaş ve akrabalarının çocukla

ilgili sorularına maruz kalmaktadırlar. Bu onları kaçınma, saklama davranışına ve sosyal izolasyona itmektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

Çiftlerden biri veya ikisi infertilitenin etkilerden birini veya hepsini yaşayabilir, bu etkiler kişiden kişiye farklılıklar arz edebilir. İnfertilitenin eşler arasındaki etkilerini belirlemeye yönelik bazı çalışmalarda infertilitenin her iki cinstede çatışmayı arttırdığı ve cinsel doyumunu azalttığı belirlenirken, bazılarında ise çiftlerin evlilik ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yarattığı, çiftleri yakınlaştırdığı ve evliliği güçlendirdiği belirlenmiştir (Şen ve ark., 2014; Bodur ve ark., 2013). İnfertilitenin çiftler üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik çalışmaların büyük bölümünde infertilite tanı ve tedavisinin çiftlerde, özellikle kadınlarda erkeklere oranla daha fazla anksiyete, depresyon, stres, umutsuzluk, düşmanlık (Er Güneri, 2011), yalnızlık, benlik saygısında azalma, yaşam kalitesinde bozulma, sosyal baskı ve damgalanma ile birlikte evlilikte uyumsuzluğa neden olduğu saptanmıştır (Zeren, 2016).

İnfertilite tanısı ve tıbbi takip, hormon tedavisi ve tüp bebek gibi tedavi yöntemlerini olan (Yorulmaz ve Sütçü, 2015) infertilitenin çiftler üzerine olan etkilerini üç ayrı grupta incelemek mümkündür. Bunlar, infertilitenin psikolojik, sosyal ve çiftlerin cinselliklerine olan etkileridir (Özkan, 2012).

2.2.1. İnfertilitenin Psikolojik Duruma Etkisi

İnfertilite genellikle psikolojik zorlanma ile ilişkilidir ve bu bozukluğun hem bir nedeni hem de bir sonucu olabilir. Hem infertiliteye hem de yardımcı üreme tedavisine birincil olumsuz duygusal tepki genellikle kaygı (tehdit duygusu, gerginlik hissi, endişe hissi) veya depresyon (kaybetme hissi, hüznün, kontrol yetersizliği)'dir (Lakatos ve ark., 2017; Collier, 2010; Moghadam ve ark., 2011).

Tedavi sürecinin getirdiği zorlukların yanı sıra istedikleri halde çocuk sahibi olamamak, çiftlerde artan stres düzeyi ve kendini suçlama duygularıyla birlikte kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda da artışa yol açabilmektedir. Cinsiyetler arası farka bakıldığında, infertil kadınlar eşlerinden daha fazla psikolojik sıkıntı yaşamaktadır (Göcek Yorulmaz ve Tekinsav Sütçü, 2016). İnfertil kadınlar, infertil olmayan kadınlara göre psikolojik iyi olmama ve yüksek psikolojik stres seviyeleri gösterirler (Besharat ve Hoseinzadeh Bazargani, 2006).

İnfertilite ile ilgili yapılan çalışmalarda, infertil çiftlerde psikiyatrik belirti ve bulgulara, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla rastlanmaktadır (Güleç ve ark., 2011). Psikolojik faktörlerin infertilite üzerinde rolü uzun zamandır araştırılmakta olan bir konudur. Yapılan araştırmalarda psikolojik olarak iyi olmama halinin infertilite tedavi sonuçlarını ve tedaviye devamı etkilediği görülmüştür (Tural, 2017). Yapılan başka bir çalışmada infertil çiftlerin hayatı daha az ilginç buldukları, kendilerini yalnız hissettikleri, hayatlarından daha az memnun oldukları ve özkıyım riskinin çocuğu olanlara göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Sezgin ve Hocaoglu, 2014; Koçak ve Duman, 2016; Ataman ve Arslan, 2010). Ayrıca yapılan birçok çalışmada infertil bireylerin anksiyete, depresyon, kaygı bozuklukları, umutsuzluk, benlik saygısında azalma, yalnızlık gibi birçok olumsuz duygu yaşadıkları ve infertilite sorunu yaşayan kadınların erkeklere oranla daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı tespit edilmiştir (Koçak ve Duman, 2016; Zeren, 2016).

2.2.2. İnfertilitenin Sosyal Duruma Etkisi

Sosyal bir varlık olan birey, hayatını başka bir insanla paylaşma ihtiyacı duyar bu sebeple tüm insanların yaşamında evlilik önemli bir yer tutmaktadır. Evlilik bireylere toplumsal anlamda bir statü ve ayrıcalık kazandırmaktadır (Sari, 2014). Doğurganlık farklı kültürlerden insanlar arasında önemli bir değere sahiptir ve çocuk sahibi olma isteği en temel insan güdülerinden biridir. Birçok ülke kültüründe hamilelik ve annelik, kadınlığın temel gereği olarak düşünülmekte ve şiddetle vurgulanmaktadır (Kohan ve ark., 2015). Kadınların doğurganlığa bağlı yaşam kalitesi düşük düzeydedir. Tedavi sırasında ve tedavi sonrası duygusal problemler için risk faktörleri daha fazladır (Huyghe ve ark., 2013).

İnfertilite yaşamı tehdit eden bir sağlık problemi olmasa da her iki cinsi de psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden olumsuz etkileyen bir yaşam krizidir (Koçak ve Duman, 2016). Tıbbi ve sosyal bir mesele olarak çiftler için önemli bir sters kaynağıdır (Bayar ve ark., 2014). Kadınların ve erkeklerin infertilite tanısında ve tedavi süresince tepkileri farklıdır. Kadınlar çoğunlukla sosyal destek ararken, erkekler daha çok işleriyle meşgul olurlar. İnfertilitenin nedenine bakılmaksızın kadın daha yoğun emosyonel stres deneyimler ve daha fazla kişisel sorumluluk hisseder. Krizin aktif döneminde sıklıkla engellenme, öfke, kızgınlık, anksiyete, suçluluk, acı, keder,

depresyon ve uzaklaşma belirtileri görülür. Sorun üzerinde yoğunlaşma ve çaresizlik hissi, sıklıkla eşlerin birbirlerinden ve sosyal çevreden uzaklaşmalarına yol açabilir (Tural, 2017).

İnfertilite; kadın, eşi ve aileler için beklenmeyen bir kayıp durumudur. Bu durum çocuksuz bir yaşama uyum sağlamayı, ortaya çıkan güçlüklerle baş etmeyi gerektirir (Ozan ve Okumuş, 2013). İnfertil olan birey eşinin anne-babalık rolünü yerine getirmesine engel olduğunu düşünüp, kendisini suçlu, değersiz ve yetersiz hissetmektedir. Eşinden ve arkadaşlarından iyice uzaklaşan kendini izole edip yalnızlık, pişmanlık, suçluluk değersizlik duygularıyla mücadele eden birey, hemen her şeye karşı ilgi ve istek kaybı yaşar, günlük yaşamdan zevk almayıp umutsuzluğa kapılır ve bir süre sonra da bitkin düşer (Çavuşoğlu, 2015). Bir taraftan infertilitenin kendisi, diğer taraftan üreme yardımı için uygulanan inceleme ve tedavi yaklaşımları, bireyin ya da çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlamaktadır (Çetinbaş, 2014). Özellikle infertilitede sorumluluğunu, erkeğe oranla daha yoğun yaşayan kadında, normal olmayan psikiyatrik belirtiler görülür ve yaşam kalitesi de bundan olumsuz etkilenir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

İnfertilite ile eşlerin sosyal durumları arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalarda boşanma olaylarının, birçok ülkede çocuk sayısı ile ters orantılı olduğu, çocuğu olan çiftlerin çocuğu olmayan çiftlerden daha az boşandığı belirlenmiştir (Kılıç ve ark., 2011). Ayrıca yapılan çalışmalarla infertilitenin yalnızlığa, benlik saygısında azalmaya ve umutsuzluğa, yaşam kalitesinde bozulmaya, depresyona ve anksiyeteye, sosyal baskıya ve damgalanmaya evlilikte uyumsuzluğa neden olduğu saptanmıştır (Zeren, 2016). İnfertil kadınlarla yapılan çalışmalarda stres algısı, eş desteği yokluğunun infertil kadınlarda anksiyete, kaygı ve depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğu, hastaların kendi anne ve babalarının yakınlarından, akrabalarından, kendi ailesinden, kocalarına göre daha fazla duygusal baskı hissetmekte oldukları da belirlenmiştir (Tural, 2017). İnfertil çiftlere uygulanacak sosyal destek özellikle kadınlar için çok önemli olduğu ve yaşam kalitesini arttırdığı da belirlenmiştir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). İnfertilite, tıbbi ve sosyal bir mesele olarak, bazı psikolojik ve cinsel sorunları da beraberinde getirmektedir (Bayar ve ark., 2014).

2.2.3. İnfertilitenin Cinsel Yaşama Etkisi

Cinsellik; duygusal, fiziksel, sosyal ve entellektüel yönleri olan, bireyler arasında iletişimi ve aşkı zenginleştiren bileşenlerden oluşmaktadır. Cinsellik sadece bir cinsel eylemi gerçekleştirme veya bir çocuğu tasavvur etme durumu değil, çok boyutlu içeriğe sahip insan yaşamının ayrılmaz bir parçası olarak görülmelidir (Tao ve ark., 2013).

Bu açıdan infertilite; tıbbi, psikolojik, psikiyatrik, sosyal ve ailevi sorunları beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, çiftleri ani ve beklenmedik stresörlerle yüz yüze bırakan, toplumun çiftlere karşı bakış açısını değiştiren çiftlerde cinsel anlamda başarısızlık ve yetersizlik duygusuna sebep olan yaşamsal bir krizdir (Bayar ve ark., 2014). Kadınlığın annelik ve erkekliğin üretkenlik ile eşdeğer olduğu toplumlarda infertilite cinsel kimlik için bir risk olarak algılanmaktadır (Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Bokaie ve ark., 2012). İnfertilite değerlendirmesi, tedavisi, kapsamlı laboratuvar çalışması, seri takip, ultrasonografi, sıkı koital kurallar ve başarısız döngüler, çiftlerin cinsel yaşamı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (Bayar ve ark., 2014). İnfertilite bir ilişkiyi etkilediği zaman bireylerin evlilik ya da cinsel ilişkilerine ciddi anlamda zarar verebilmektedir (Çetinbaş, 2014; Şen ve ark., 2014). Öfke, suçluluk duygusu, yalnızlık, eşine ve kendine karşı yabancılaşma gibi duygular yaşayan çiftin, evlilikten, cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilgi de kaybolmaya başlar (Çavuşoğlu, 2015). İnfertilite değerlendirilmesi, duygusal olarak rahatsız edicidir ve her çiftin kendi hakkındaki duygusal ve fiziksel seks imajına bir tehdittir. Tanı yöntemleri, seksüel aktivitede başarısızlığa veya yeterince tatmin olamamaya yol açabilir (Güleç ve ark., 2011; Tural, 2017).

İnfertilitede gebeliğin amaçlanması erkekte performans baskısı kurarak anksiyeteye sebep olup; ereksiyon zorluklarına ve inhibe ejakulasyona yol açmaktadır (Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Samadaee Gelekholaee ve ark., 2016; Ferraresi ve ark., 2013). Teşhis ve tıbbi tedaviden kaynaklanan (geçici) cinsel bozukluklar doğurganlık sorunları olan çiftlerde sık görülürken, kadınlar erkeklerden daha sık etkilenir (Wischmann 2010; Besharat ve Hoseinzadeh Bazargani, 2006). İnfertil kadınlarda hayatı en çok yönlendiren durum seksüel fonksiyondur, çünkü bu fiziksel, mental,

sosyal hayatı ve evliliği ciddi biçimde etkilemektedir (Tanha ve ark., 2014; Reder ve ark., 2016).

Özellikle klinik teşhis ve tedavinin varlığında infertil bireylerin veya çiftlerin cinselliği hakkında çok az şey bilinmektedir. Çocuk özlemi içinde olan ve tıbbi tedavi gören infertil çiftin çeşitli psikoseksüel sorunları olması muhtemeldir. Bu sorunlar cinsel benlik saygısı, cinsel ilişki ve cinsel işlevde değişikliğe neden olabilecektir (Tao ve ark., 2011). Birçok kadında infertilite teşhisini takiben, cinsel aktivite gerçekleştirme isteğinde olmaktadır. Bu yüzden infertilite tedavisi ve cinsellik konularında tartışmaların sistematik olarak başlatılması ve cinsel işlev bozukluğunun önemi ile şiddetinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Nelson ve ark., 2008; Huyghe ve ark., 2013).

İnfertilitenin eşler üzerindeki etkileri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalarda genellikle infertilitenin cinselliğe etkisinin olduğu tespit edilmiştir. 18'i infertil, toplam 30 çiftin katıldığı bir çalışmada kadınlarda cinsel işlevsellik üzerine istatistiksel olarak anlamlı hiçbir etki kaydedilmemiştir (Monga ve ark., 2004). İnfertil çiftlerdeki kadınlar, kontrollere kıyasla evlilik dışı uyum ve yaşam kalitesinin kötü olduğunu belirlemiştir (Monga ve ark., 2004). Yapılan bazı çalışmalarda infertilitenin her iki cinste de çatışmayı arttırdığı ve cinsel doyumu azalttığı bildirilirken, bazılarında da infertilitenin, çiftlerin evlilik ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yarattığı, çiftleri yakınlaştırdığı ve evliliği güçlendirdiği belirtilmektedir (Şen ve ark., 2014).

Başka bir çalışmada infertil hastalarda; arzu, uyarılmış alanlarda puanlar, cinsel ilişki ve mastürbasyon sıklığı daha düşük bulunmuştur. İnfertil olan hastalar da geriye dönük olarak cinsel yaşam memnuniyet skoru, tanı öncesi kontrollere benzer bulunurken; buna karşılık mevcut cinsel yaşam memnuniyeti puanları, kontrollerden anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. İnfertilitenin cinsellik üzerine etkisini araştıran bir araştırmada, kadın katılımcılar evlilik yaşantısından memnun olmasına rağmen cinsel aktivitelerde libido ve cinsel cevap kaybı yaşadığını bildirmiştir (Kohan ve ark., 2015). Türk kadınlarında infertiliteye bağlı cinsel sorunlar olarak; %42.9 unda ağrı, %45 inde cinsel memnuniyetsizlik, %42.7 sinde orgazm olamama, %40,9 unda vajinal ıslanma problemleri, %35.9 unda cinsel uyarılma problemleri olduğu belirlenmiştir (Bayar ve ark., 2014). Sims-Huhner testi gibi belirli bir süre içinde seks

yapmayı gerektiren testler, erkekte seksüel yetersizliğin ve ejakülasyon yapamamanın nedeni olarak gösterilmiştir. Sperm analizinin bile, duygusal ve seksüel olarak rahatsız edici olabildiği belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda kadınların çoğunluğunda cinsel ilgide azalma, cinsel yaşamlarıyla ilgili tatminsizlik, cinsel fonksiyon bozukluğu, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, orgazm eksikliği olduğu saptanmış ve bunun sebebinin de infertilite tedavisine dayandığı belirtilmiştir (Tural, 2017). İnfertilite ve ilişkili tedavilerin, cinsel benlik saygısı, cinsel ilişkiler ve cinsel işlevde değişikliğe neden olurken, infertil çiftin yaşam kalitesini ve refahını etkilediği ortaya konmuştur (Tao ve ark., 2011). Yapılan bir başka çalışmada, infertilite süresi ile infertil kadınların cinsel sorunları arasında pozitif bir korelasyon olduğunu ortaya koymuştur (Besharat ve Hoseinzadeh Bazargani, 2006).

Cinsel tatmin, yaşamın ve insan sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Zamanlanmış cinsel ilişki ve yardımcı üreme teknolojisi gibi gebe kalma şansını arttırmaya yönelik terapötik müdahaleler, infertil çiftler için duygusal olarak stresli kabul edilir. Psikiyatrik morbidite daha önce tedavi döngüsü sayısı ile anlamlı bir ilişki göstermiştir (Turan ve ark., 2014).

Yapılan bir çalışmada infertil çiftlerde bedensel ve cinsel mahremiyette kayıplar olduğu, kadınların %52.9'unun cinsel ilişkinin sağlık personeli tarafından zamanlanmasından rahatsız olduğu, %51'inin tedavi sürecinde cinsel isteğinde değişiklik olduğu saptanmıştır. Kadınların %57.4'ünün cinsel ilişkiyi bir görev olarak algıladıkları belirlenmiştir (Kırca, 2011). Bireylerin tedavi aşamasında cinsel perhizlere uyum zorunluluğunun ve cinsel ilişkinin zamanlamasının, çiftlerin kendi iradeleri dışında sağlık ekibi üyelerince belirlenmesinin, çiftlerin cinsellik algılarını değiştirdiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada bireylerin cinsel ilişkiyi “mecburiyet”, “görev”, “anlamsız” olarak gördüğü belirlenmiştir (Er Güneri, 2011). Diğer bir çalışmada infertilitenin, kadınlarda cinsel yaşamın farklı yönlerini, özellikle de kadınlık-vücut imgesini ve cinsel istek durumunu etkilediğini ortaya koymuştur (Kohan ve ark., 2015).

2.3. İnfertilite ve Umutsuzluk

Yapılan bir çalışmada, primer infertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisi incelenmiş, kadınların %31'inin, üzüntü, karamsarlık, umutsuzluk yaşadığı;

tespit edilmiştir. Tedavi sırasında çok hassas ve alıngan olan infertil çiftlerin sorunlarını açabilmeleri için rahat bir ortam sağlanmalı ve güven verici bir yaklaşım benimsenmelidir. İnfertil çiftler ne fazla umutlandırılmalı ne de umutsuzluğa itilmelidir. Tedavinin sonlanma aşamasında bazı çiftler tedavinin başarısız olma ihtimalini konuşmaya dahi katlanamazlar (Yanikkerem ve ark., 2008).

Araştırmalar infertil çiftlerin cinsel yaşamlarındaki doyumsuzluğa dikkat çekmiştir. Tedavinin bir parçası olarak belirli zamanlarda (bazal vücut ısısına bağlı olarak takip edilen yumurtlama dönemleri gibi) önerilen cinsel birliktelik, duygusal ve fiziksel haz kaynağı yerine, zorunlu olarak yapılması gereken bir görev haline gelmektedir. Düzenli ve önerilen şekilde cinsel birliktelik çabalarına karşın kadının menstrasyon döneminin başlaması, çiftler tarafından başarısız geçen bir ay olarak değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalarla infertilitenin yalnızlığa, benlik saygısında azalmaya ve umutsuzluğa, yaşam kalitesinde bozulmaya, depresyona ve anksiyeteye, sosyal baskıya, damgalanmaya ve evlilikte uyumsuzluğa neden olduğu saptanmıştır (Zeren, 2016).

2.3.1. Umut

Umut, bireyi cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önler. Bireylerin yaşamlarındaki hedeflerine ulaşma gücüne güvenmeleri umutlu olmaları ile mümkün olmaktadır. Destek ve umut, bireyin olumlu yaşam enerjisine katkıda bulunmaktadır. Umut bir bireyin hedeflerini zihninde canlandırabilmesine dair algısını yansıtır. Umut, tipik olarak geleceğe yöneliktir ve farklı şekillerde kullanılabilir. Umut aynı zamanda kişisel irade gücü olarak da kabul edilebilir. Eğer bireylerin yeterli umudu varsa, zarar veren bir durumu veya hastalığı değiştirebilirler. Umut, yaşama ve hastalığa adaptasyonu etkiler. Umudun azalması, yaşam kalitesinin düşmesine ve intihar girişimlerinin artmasına neden olmaktadır (Er Güneri, 2011).

İnfertilite; kadın, eşi ve aileler için beklenmeyen bir kayıp durumudur. Bu durum çocuksuz bir yaşama uyum sağlamayı, ortaya çıkan güçlüklerle baş etmeyi gerektirir. Çiftler ilk tedaviye başladıklarında bu tedavinin başarılı olacağını ve gebelik oluşacağını umut etmektedirler (Ozan ve Okumuş, 2013).

İnfertil bireyler, bir taraftan sahip olamadıkları çocukların yasını tutarken, diğer taraftan da sahip olmayı bekledikleri çocukları için umut beslemektedirler. Düzenli ve önerilen şekilde cinsel birlikteliğe rağmen, kadının menstruasyon döneminin başlaması, çiftler için başarısız geçen bir ay olarak değerlendirilmektedir. Böylece, tedavi önerileri çerçevesinde yapılan uygulamaların, takiplerin eşler tarafından boşa gitmiş olarak değerlendirilmesi, bir sonraki ay daha dikkatli davranarak daha fazla çaba göstermeleri gerektiği inancına yol açmaktadır. Bu şekilde başlayan kısır döngü umutsuzluğa ve beraberinde cinsel sorunlara neden olabilmektedir (İlerisoy, 2012).

2.3.2. Umutsuzluk

Umutsuzluk geliştiğinde anksiyete ve depresyon artmakta, kendine güven azalmaktadır. Psikolojik durum ve davranışlar üzerine etkisine ek olarak umudun fiziksel durumu da etkilediğine dair kanıtlar vardır. Umut ve immün sistem fonksiyonları arasında ilişki oluşunu saptayan araştırmalar vardır. (Hoşgör ve ark., 2017). Bu duygu, kaygı duygularıyla birlikte tedavi boyunca sürer (Yılmaz Dereli ve Kızılkaya Beji, 2016). Ancak tedavi başarısızlıkla sonuçlanırsa umutsuzluk ortaya çıkmaktadır. Hatta birkaç kez yardımcı üreme tekniği uygulayıp çocuk sahibi olamayan çiftler, tamamen umutlarını kaybedip tedaviye son verebilmektedirler (Er Güneri, 2011). Bireylerin geleceğe dair umutsuzlukları, çaba göstermelerini engellemekte ve yaşadıklarını daha olumsuz algılamalarına neden olmaktadır (Etişken Ayatlı ve Bayraktar, 2013).

Primer infertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisinin incelendiği bir çalışmada kadınların %31'inin, erkeklerin %16'sının üzüntü, karamsarlık, umutsuzluk yaşadığını, kadınların %23'ünün erkeklerin %16'sının yalnızlık hissettiğini saptamıştır. Çünkü çiftler bu yüksek riskli gebelik için tıbbi tedaviye sadece paralarını değil, enerjilerini, zamanlarını, umutlarını da yatırmaktadır (Koç ve Kızılkaya Beji, 2016).

Ebeveynlik yapma şansı, tedavi gören çiftler için %72 kadar yüksek olabilmesine rağmen, yaşanan umutsuzluk nedeni ile birçoğu canlı doğum yapmadan önce tedaviyi bırakmayı seçmektedir (Gameiro ve ark., 2012). Yadsıma, suçluluk ve öfke duyguları ile baş edemeyen çift, bir noktada umutsuzluğa kapılmaya başlar ve

bitkin düşer. Günlük yaşamdan zevk almamaya başlar. Tedavi sürecinin yarattığı olumsuzluğun yansması gittikçe artar ve çiftin mücadele kapasitesi ve kaynakları gittikçe azalır. Tedavi başarısız olursa, çift yavaş yavaş biyolojik yolla çocuk sahibi olamayacakları gerçeğini kavramaya başlar ve acılı süreç yoğunlaşır (Yassa, 2016).

Psikolojik etkenler gebelerin gebe kalma şansını arttırarak, hastalar için ilgi çekici ve umutlandırıcı olmaktadır (Şen ve ark., 2014). Bireylerin geleceğe dair umutsuzlukları, çaba göstermelerini engellemekte ve yaşadıklarını daha olumsuz algılamalarına neden olmaktadır. Umutsuzluk ve travma sonrası gelişim ile ilgili çok fazla araştırma yapılmamasına rağmen, kişilerin umutsuzluğa kapılmaması ve çocuğu olacağına dair yüksek inancı, travma sonrası gelişimi pozitif yönde yordamaktadır (Etişken Ayatlı ve Bayraktar, 2017).

2.3.3. Umutsuzluğun Cinsel Yaşama Etkileri

İnfertilite tedavisi, çiftlerin her ay umut, başarısızlık ve hayal kırıklığı yaşadığı bir döngü içinde yıllarca sürebilmektedir (Eren Bodur ve ark., 2013). Hamileliğin oluşmasını isteyen çift, başarısızlık durumunda, duygusal olarak yıkıcı bir deneyim kazanabilir. Bu nedenle, infertilite, kriz olarak, çiftleri geçici veya kronik olarak umutsuzluğa sürükleyen ana stres faktörlerinden biri olabilmektedir. Kohan ve ark. (2015) yaptıkları bir bilimsel çalışmada, katılımcıların çoğunun, infertilite tedavisi başarısız olduktan sonra, umutsuzluk geliştirdiklerini belirtmişlerdir. Çalışmada ayrıca, infertil çiftler cinsel ilişki yapmak istememelerinin sebebi olarak, cinsel ilişkinin kendileri için yorucu olduğunu söyledikleri tespit edilmiştir (Kohan ve ark., 2015).

106 kadın üzerinden yapılan bir çalışmada, çalışmaya dahil olan kadınların ortalama 31.0 (4,9) yaşında ve 39,9 (42,9) aydır tedavi gördükleri belirlenmiştir. İnfertilite tedavisine ilişkin yeterli bilgisi olduğunu ve infertilite sorunundan etkilenmediğini ifade eden kadınların BDE puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüktü ($p<0,05$). Menstrüel siklus şikayeti olan ve infertilite sorunundan dolayı kendini çok üzgün hisseden kadınların BUE puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksekti ($p<0,05$). Kadınların BDE puanları evlilik süresi ($r=0,245$) ve infertilite süresi ($r=0,234$) ve BUE puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. ($r=0,650$). Umutsuzluğun depresif semptomlar üzerine etkili olduğu

saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre infertil kadınların depresif semptomlar gösterdiği, kendilerini umutsuz hissettikleri ve umutsuzluk hissinin depresif semptomların şiddetini artırdığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin bu süreçte kadınları değerlendirerek destek olması önerilmiştir (Yılmaz Dereli ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada ise, infertil bireylerin stres, anksiyete, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk, kaygı bozukluğu, evlilik uyum sorunları ile cinsel işlev sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Koçak ve Duman, 2016).

Toplumsal cinsiyetin farklılaşması, rolleri kesin çizgilerle ayırdığı gibi, her iki cinsiyetin farklı düşünme ve davranma modelleri geliştirmesine de yol açmıştır. Kadın ve erkeğin toplumsal cinsiyet rolleri içerisindeki durumları farklılık göstermektedir. (Koçyiğit, 2012).

İnfertilite; eksiklik, yetersizlik ve utanç duygularını tetikleyerek bireyin benlik algısını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınlar genellikle bireysel ve toplumsal rolleri karşılayamamanın verdiği yetersizlik duygusuyla mücadele ederken, erkekler, üretken olamamanın yarattığı utanç ve yetersizlik duygularını deneyimlemektedirler (İlerisoy, 2015).

İnfertilite stresi ile başa çıkma konusunda kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılabilceği gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmektedir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). İnfertilite tedavisi sırasında, kadında depresyon ve umutsuzluk semptomları gözlenirken, tedavi sonrası eş desteği ile psikiyatrik semptomlarda azalma olur. İnfertil kadınlar tedaviye başlarken umutsuzluk ve depresyon yaşarken, tedavi sonrası ise bu semptomlar azalmaktadır (Keskin ve ark., 2012).

Yapılan bir çalışmada kadınların %67.6'sının test sonuçlarına göre gebe kalmadığını öğrendiğinde umutsuzluğa kapıldıklarını göstermektedir. Bu başarısızlık duygusuna bağlı olarak umutsuzluk, hayal kırıklığı, kızgınlık ve öfke duygusu yaşadıkları düşünülmektedir. İnfertilite tedavi süresince takip edilen ve başarısız olunan her siklustan sonra, çiftler daha fazla psikolojik sıkıntıya ve sosyal izolasyona girebilmektedirler. Yapılan bir çalışmada da, kadında her ay menstürasyonun

başlamasının, kayıp hissini tetiklediği, IVF'in başarısız olması ile çiftin yavaş yavaş çocuk sahibi olamayacaklarını düşündüğü ve acılı sürecin yoğunlaştığı belirtilmektedir (Kırca, 2011).

2.3.3.1. İnfertil Kadınlardaki Umutsuzluğun Cinsel Yaşamlarına Etkileri

İnfertilitenin meydana getirdiği bu çok yönlü etkilenmenin tedavi süreciyle daha da arttığı bilinmektedir (Durgun Ozan, 2013). Eşinden ve arkadaşlarından iyice uzaklaşan, kendini izole edip, yalnızlık, pişmanlık, suçluluk değersizlik duygularıyla mücadele eden birey, hemen her şeye karşı ilgi ve istek kaybı yaşar günlük yaşamdan zevk almayıp umutsuzluğa kapılır, bir süre sonra da bitkin düşer. Tedavi sonucunda gebelik oluşmaması durumunda ise İnfertil çift ideal aile ve çocuk sahibi olma hayallerini kaybeder. Zaman ilerledikçe tedavilerden başarılı sonuç elde edilemediğinde ve deneme sayısı arttığında sürecinin yarattığı hasar gittikçe artar. Suçluluk ve öfke duyguları ile baş edemeyen çift, bir noktada umutsuzluğa kapılmaya başlar. İnfertil çiftlerde; menstürial siklusun gecikmesiyle birlikte, erkek gebe bırakmış, kadınsa gebe kalmış olma ihtimaliyle umutlanırken, menstürial siklusun başlamasıyla birlikte depresif hale gelebilirler. Tedavi sonucunda gebelik oluşmaması durumunda ise infertil çift ideal aile ve çocuk sahibi olma hayallerini kaybeder. Zaman ilerledikçe tedavilerden başarılı sonuç elde edilemediğinde ve deneme sayısı arttığında sürecinin yarattığı hasar gittikçe artar. Suçluluk ve öfke duyguları ile baş edemeyen çift, bir noktada umutsuzluğa kapılmaya başlar (Çavuşoğlu, 2015).

Bireylerin geleceğe dair umutsuzlukları, çaba göstermelerini engellemekte ve yaşadıklarını daha olumsuz algılamalarına neden olmaktadır (Etişken Ataylı ve Bayraktar, 2013). Yaşamdaki birçok şeye karşı ilgi ve istek kaybı yaşayan infertil kadın, günlük yaşamdan zevk almaz, çocuğu olan arkadaşlarıyla görüşmez, onların kendisinin infertilite probleminden sıkıldıklarını düşünür, umutsuzluğa kapılır ve bir süre sonra da yorgun düşer (Çavuşoğlu, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, infertilite tedavisi alan kadınların yaşadıkları umutsuzluk düzeyi cinsel sorunları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ilişkisel tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın uygulaması, Çevreyolu Üzeri Üçbağlar Mah. Lale 2. Sok. No:7 Battalgazi MALATYA adresinde bulunan bir özel hastanenin tüp bebek merkezinde, Ocak 2018 – Haziran 2018 tarihleri yapılmıştır. Merkezde 2 doktor, 2 embriyolog, 1 biolog, bir sekreter, bir ebe, bir hemşire, üç att görev yapmaktadır. Merkezde infertilite polikliniği, androloji laboratuvarı, embriyoloji laboratuvarı ve ameliyathane bulunmaktadır. İnfertil çiftlere yönelik üremeye yardımcı aşılama, ovulasyon takibi, tüp bebek vb. tetkik ve tedavi hizmetleri verilmektedir. Ayrıca infertil çiftlere yönelik gerekli tetkik ve danışmanlık hizmetleri de verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatyada özel bir hastanenin tüp bebek merkezi'ne başvuran çocuk sahibi olmak isteyen ve infertilite tanısı konmuş kadınlar oluşturmuştur. Merkeze yapılan yıllık başvuru sayısı 2017 yılında 960 kişi olmuştur.

$\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde, t değeri 1,96, incelenen olayın gerçekleşme olasılığı p değeri 0,20, gerçekleşmeme olayı q=0,80 (1-0,20), %7'lik örnekleme hatası ile yapılacak bir anket uygulaması %93 güven düzeyinde en az örneklem büyüklüğünün 164 kişi olması gerektiği bulundu. Çalışmaya 180 kişi dahil edildi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıda açıklanan formlar aracılığıyla toplanmıştır.

1. Bireysel Özellikler Formu (Ek-I)
2. Beck Umutsuzluk Envanteri (BUE) (Ek-II)

3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) (Ek-III)

4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Ek-IV)

3.4.1. Bireysel Özellikler Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, kadınların sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, aile tipi vb) ve mevcut sağlık durumunu tanımlamak amacıyla oluşturulan 18 soruyu içermektedir (Ek I).

3.4.2. Beck Umutsuzluk Envanteri (BUE)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen umutsuzluk envanteri, ergen ve yetişkin bireylerin geleceğe dönük beklentilerini ölçmektedir. 20 maddelik kendini değerlendirme (self report) türü bir envanter olup, puan ranjı 0-20 arasındadır. Gelecekle ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. BUE'nün uygulanmasında, deneklerden kendisine uygun gelen ifadeler için 'doğru', uygun olmayan ifadeler için 'yanlış' şıkkını işaretlemeleri istenir. Ölçeğin puanlanması, her uyumlu yanıt için '1' puan, uyumsuz yanıt için '0' puan şeklindedir. Elde edilen aritmetik toplam "umutsuzluk" puanını oluşturur. Alınan puanların yüksekliği bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçeye adaptasyon ve güvenilirlik-geçerlik çalışmaları Seber ve ark ve Durak tarafından yapılmıştır (Keskin ve Babacan Gümüş, 2014). Araştırmada kullanılan Beck Umutsuzluk Envanteri (BUE) Ek II'dedir. Çalışmamızda BUE Cronbach alpha değeri 0,841 bulunmuştur. BUE normal dağılım uygunluk göstermemektedir (Ek II).

3.4.3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI)

Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği (Female Sexual Function Index-FSFI) 19 maddeden oluşmaktadır (Tashbulatova, 2007). Ölçek istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, cinsel başarı ve ağrı olmak üzere altı ayrı başlıktan oluşmaktadır. Her başlık 0 veya 1 ile 6 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte 8.,10.,12.,17.,18. ve 19. sorular ters sorulardır. En düşük puan iki ve en yüksek puan otuz altıdır. Yüksek puan daha iyi cinsel fonksiyon anlamına gelmektedir (Ege ve ark., 2010). Likert tipli, kadın cinsel fonksiyon indeksi, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla Rosen ve arkadaşları tarafından, ABD'de 2000 yılında geliştirilmiştir. Cronbach's alfa katsayısı

0,82, test-tekrar güvenilirliği 0,79-0,86 bulunmuştur (Rosen ve ark., 2000). Türkçeye uyarlanan ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.95, test retest güvenilirliği 0.75-0.95 bulunmuştur (Ege ve ark., 2010). Ölçeğin kese noktası 26,55 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda FSFI'nın Cronbach alpha değeri 0,947 bulunmuştur. FSFI normal dağılım uygun bulunmuştur (Ek III).

3.4.4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın

Symonds ve ark. tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir (Symonds ve ark., 2005). Ölçek 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilen bir ölçektir, ancak ölçeğin orijinalinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 18-65 yaş grubundaki kadınlarda yapılmıştır. Ölçek bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve altılı likert tipinde olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Ölçeğin orijinalinde her bir maddenin 1-6, yada 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1= Tamamen katılıyorum, 2= Büyük ölçüde katılıyorum, 3= Kısmen katılıyorum, 4= Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6= Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Diğer taraftan 0-5 puanlama sisteminde ise puan aralığı 0-90 olmaktadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan ham puan-18)x100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; (63-18)x100/90=50 olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Tugut ve Gölbaşı, 2010) (Ek IV).

3.5. Verilerin Toplaması

Hazırlanan anket formu Doğu Fertil Tüp Bebek Merkezine başvuran 180 infertilite tedavisi alan kadın ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma formundaki sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. Katılımcılar tarafından verilen

cevaplar, yine araştırmacı tarafından araştırma formuna işaretlenmiştir. Katılımcılarla yapılan görüşmeler ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Ek-V), Malatya İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden yazılı izinler alınmıştır. Araştırmacı tarafından, araştırmaya katılan kadınlara, araştırmanın infertilitenin umutsuzluk düzeyi ile cinsel sorunlar arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla planlandığı hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılanların tüm bilgilerinin gizli tutulacağı açıklanarak yazılı onamları alındı (Ek-VIII).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler istatistiksel incelemeler için SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Sayımla elde edilen veriler sayı ve frekans dağılımı olarak; lmlle edilen veriler ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. lmlle elde edilen verilen normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak incelenmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda kullanılan lme araçlarının güvenirliğini hesaplanması ve iç tutarlılığının belirlenmesi için Cronbach's Alpha analizi yapılmıştır. Bu analizin amacı; ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle uyum düzeylerini ortaya çıkarmaktır. leklerinin güvenirlik analizi Şekil 1'de sunulmuştur.

Ölçek	Madde sayısı	Cronbach Alpha	Kolmogorov-Smirnov		
			İstatistik	df	p
BUE	20	,841	0,172	180	0,000
CYKÖ	18	,920	0,126	180	0,000
FSFI	19	,947	0,061	180	0,098
FSFI Alt Boyutu					
İstek	2	,853	0,146	180	0,000
Uyarılma	6	,924	0,102	180	0,000
Lubrikasyon	2	,875	0,127	180	0,000
Orgazm	3	,790	0,126	180	0,000
Memnuniyet	3	,917	0,195	180	0,000
Ağrı	3	,872	0,154	180	0,000

Şekil 1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlilik ve Normal Dağılıma Uygunluk Göstergeleri

Şekil 1 incelendiğinde; BUE, CYKÖ ve FSFI ölçekleri oldukça yüksek güvenilirlikte olduğu görülmektedir. FSFI ölçeğinin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı alt boyutları ölçeği de oldukça güvenilir bulunmuştur. Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonucunda FSFI toplam puanı dışında ($p>0.05$) diğer ortalamaların normal dağılım göstermediği görülmüştür ($p<0.05$).

4. BULGULAR

Bu bölümde elde edilen verilerin analizi ile elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 1. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=180)

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grubu		
35 yaş ve altı	95	52,8
36 yaş ve üzeri	85	47,2
Yaş Ortalaması: 34,24±5,94 (Min-Max:19-46)		
Eşin Yaşı		
35 yaş ve altı	71	39,4
36 yaş ve üzeri	109	60,6
Eşin Yaş Ortalaması:34,41±6,11 (Min-Max:25-54)		
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve altı	55	30,6
Lise ve üstü	125	69,4
Eşin Eğitim Durumu		
Ortaokul ve altı	46	25,6
Lise ve üstü	134	74,4
Çalışma		
Çalışan	80	44,4
Çalışmayan	100	55,6
Eşin Çalışma		
Çalışan	175	97,2
Çalışmayan	5	2,8
Gelir Düzeyi		
Kötü	9	5,0
Orta	93	51,7
İyi	78	43,3
Sosyal Güvence		
Var	169	93,9
Yok	11	6,1
Yaşadığı Yer		
İl	150	83,3
İlçe	16	8,9
Kasaba-Köy	14	7,8
Aile Tipi		
Çekirdek	157	87,2
Geniş	23	12,8
Akraba Evliliği		
Var	34	18,9
Yok	146	81,1
Sigara Kullanma		
Kullanan	48	26,7
Kullanmayan	132	73,3
Evlilik		
Evlilik yaş Ortalaması: 25,15±15,70 (Min-Max:15-42)		
Evlilik yıl Ortalaması: 9,07±5,59 (Min-Max:1-27)		

Tablo 1’de göre kadınların %52,8’i 35 yaş ve altında olup, yaş ortalaması $34,24 \pm 5,94$ ’dir. Kadınların eşlerinin ise %60,6’sı ise 36 yaş ve üstündedir ve eşlerinin yaş ortalaması $34,41 \pm 6,11$ ’dir. Kadınların %33,3’ü lise ve %36,1’i ise üniversite mezunudur. Kadınların eşlerinin %36,1’i lise ve %38,3’ü ise üniversite mezunudur. Kadınların %44,4’ü, eşlerinin ise %97,2’si çalışmaktadır. Kadınların %51,7’si gelir düzeyini orta olarak değerlendirmiştir. Kadınların %93,9’unun sosyal güvencesi vardır; %83,3’ü il merkezinde ve %87,2’si çekirdek ailede yaşamaktadır. Kadınların %18,9’u akraba evliliği yapmış ve %26,7’si sigara kullanmaktadır. Kadınların evlilik yaş ortalaması $25,15 \pm 15,70$; evlilik yıl ortalaması $9,07 \pm 5,59$ ’dir.



Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Ortalamaları

Obstetrik Özellikleri	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
Gebelik sayısı	1,29	1,60	0,0	9,0
Doğum Sayısı	0,95	0,76	0,0	4,0
Düşük Sayısı	0,86	1,20	0,0	5,0
Yaşayan Çocuk sayısı	0,97	0,80	0,0	4,0

Tablo 2'ye göre gebelik ortalaması $1,29 \pm 1,60$; doğum ortalaması $0,95 \pm 0,76$; düşük ortalaması $0,86 \pm 1,20$ ve yaşayan çocuk ortalaması $0,97 \pm 0,80$ 'dir.



Tablo 3. Kadınların İnfertilite ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

İnfertilite Öyküsü	Sayı	%
Çocuk sahibi olmak istenilen süre		
1-3 yıl	72	40,0
4-6 yıl	49	27,2
7 yıl ve üzeri	59	32,8
İnfertilite tedavisinde geçen süre		
1-2 yıl	73	40,6
3-4 yıl	46	25,6
5 yıl ve üzeri	61	33,9
İnfertilite kaynağı		
Kadın	63	35,0
Erkek	25	13,9
Hem kadın hem erkek	26	14,4
Kaynak bilinmiyor	66	36,7
Daha önce infertilite tedavisi alma		
Alan	152	84,4
Almayan	28	15,6
Alınan tedavi türü (N=152)		
In vitro fertilizasyon	47	30,9
Artifisiyel İnseminasyon	52	34,2
Hormon tedavisi	31	20,4
Mikro enjeksiyon	22	14,5
Başarısız sonuçlanan tedavi deneyimi		
Var	138	90,8
Yok	14	9,2
Başarısız sonuçlanan tedavi sayısı		
1	28	20,3
2	43	31,2
3	32	23,2
4 ve üzeri	35	25,4
Şu anda merkeze başvurma nedeni		
In vitro fertilizasyon	101	56,1
Artifisiyel İnseminasyon	20	11,1
Tetik	38	21,1
Mikro enjeksiyon	21	11,7

Tablo 3'e göre kadınların %40,0'ı 1-3 yıldır çocuk sahibi olmak istemekte ve %40,6'sı 1-2 yıldır infertilite tedavi sürecindedir. Kadınların infertilite kaynağı incelendiğinde; %35,0'i kadın iken %36,7'sinde ise neden bilinmemektedir. Kadınların %84,4'ü daha önce infertilite tedavisi almış olup; %30,9'u in vitro

fertilizasyon, %34,2'si artifiyel inseminasyon yaptırır. Kadınların %90.8'inin başarısızlıkla sonuçlanan tedavi deneyimi vardır. Kadınların %25,4'ünün başarısız sonuçlanan tedavisi varken %56,1'inin merkeze başvurma nedeni in vitro fertilizasyondur.



Tablo 4. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüşler	Sayı	%
Çocuk sahibi olmamanın cinsel yaşamı etkileme durumu		
Etkilenen	53	29,4
Etkilenmeyen	127	70,6
İnfertilite tedavi sürecinde cinsel yaşama ilişkin sorun		
Yaşayan	48	26,7
Yaşamayan	132	73,3
Sağlık personelinde cinsel yaşama ilişkin bilgi alma durumu		
Bilgi Alan	34	18,9
Bilgi Almayan	146	81,1

Tablo 4’de kadınların %29,4’ü çocuk sahibi olmamalarının cinsel yaşamlarını etkilediğini; %26,7’si tedavi sürecinde cinsel yaşamına yönelik sorun yaşadığını ifade ederken %81.1’i bu süreçte sağlık personelinde cinsel yaşama ilişkin görüş ve bilgi almadığını belirtmiştir.

Tablo 5. Kadınların FSFI Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması

FSFI Toplam ve Alt Boyutları	Ortalama	SD	Minimum	Maksimum
FSFI toplam puan	23,50	6,53	2,30	35,20
İstek	3,60	1,15	1,20	6,00
Uyarılma	3,68	1,49	0,00	6,00
Lubrikasyon	4,07	1,37	0,00	6,00
Orgazm	3,89	1,35	0,00	6,00
Memnuniyet	3,95	1,28	0,00	6,00
Ağrı	4,30	1,51	0,00	6,00

Tablo 5’de kadınların FSFI toplam puan ortalaması $23,50 \pm 6,53$ ’dür. Kadınların FSFI istek alt boyut puan ortalaması $3,60 \pm 1,15$; uyarılma alt boyut puan ortalaması $3,68 \pm 1,49$; lubrikasyon alt boyut puan ortalaması $4,07 \pm 1,37$; orgazm alt boyut puan ortalaması $3,89 \pm 1,35$; memnuniyet alt boyut puan ortalaması $3,95 \pm 1,28$ ve ağrı alt boyut puan ortalaması $4,30 \pm 1,51$ ’dir. Ölçeğin kesme noktası 26,55 dikkate alındığında kadınların %66.1’inin Cinsel İşlev Bozukluğu (CİB) yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 6. Kadınların CYKÖ-K ve BUE puan ortalaması

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
CYKÖ toplam puan	61,12	20,12	5,56	100,00
BUE	9,26	2,26	2,00	15,00

Tablo 6’da kadınların CYKÖ toplam puan ortalaması $61,12 \pm 20,12$ iken BUE puan ortalaması ise $9,26 \pm 2,26$ ’dir.



Tablo 7. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre CİB Yaşama Durumunun Dağılımı

Değişkenler	CİB				X ²	P
	Var		Yok			
	n	(%)	n	%		
Yaş						
35 yaş ve altı	61	64,2	34	35,8	0,324	0,569
36 yaş ve üzeri	58	68,2	27	31,8		
Eğitim						
Ortaokul ve altı	42	76,4	13	23,6	3,716	0,054
Lise ve üstü	77	61,6	48	38,4		
Çalışma						
Çalışan	42	52,5	38	47,5	11,907	0,001
Çalışmayan	77	77,0	23	23,0		
Eşin yaşı						
35 yaş ve altı	42	59,2	29	40,8	2,532	0,112
36 yaş ve üzeri	77	70,6	32	29,4		
Eşin Eğitim						
Ortaokul ve altı	34	73,9	12	26,1	1,679	0,195
Lise ve üstü	85	63,4	49	36,6		
Gelir Düzeyi						
Kötü	8	88,9	1	11,1	6,821	0,033
Orta	67	72,0	26	28,0		
İyi	44	56,4	34	43,6		
Yaşadığı yer						
İl	96	64,0	54	36,0	1,833	0,400
İlçe	12	75,0	4	25,0		
Kasaba-Köy	11	78,6	3	21,4		
Aile Tipi						
Çekirdek	103	65,6	54	34,4	0,140	0,708
Geniş	16	69,6	7	30,4		
Akraba Evliliği						
Var	24	70,6	10	29,4	0,375	0,540
Yok	95	65,1	51	34,9		
Sigara kullanma						
Kullanıyor	32	66,7	16	33,3	0,009	0,924
Kullanmıyor	87	65,9	45	34,1		
Evlenme yaşı						
20 yıl va altı	36	81,8	8	18,2	6,416	0,011
21 yıl ve üzeri	83	61,0	53	39,0		
Evlilik yılı						
10 yıl ve altı	74	61,2	47	38,8	4,044	0,044
11 yıl ve üzeri	45	76,3	14	23,7		

Tablo 7’de kadınların sosyodemografik özelliklerine göre CİB yaşama durumlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre kadınların yaş, eğitim, eşin yaşı, eşin eğitimi, yaşanılan yer, aile tipi, akraba evliliği yapma durumu ve sigara kullanma durumuna göre CİB yaygılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmemiştir ($p>0,05$). Kadınların çalışma durumuna göre CİB yaşama durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu; çalışmayan kadınların %77,0’ının CİB yaşarken, çalışan kadınlarda bu oranın %52,5 olduğu belirlenmiştir. Kadınların gelir durumuna göre CİB yaşama durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların evlenme yaşı ve evlilik yılına göre CİB yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Evlilik yaşı 20 ve altında olan kadınlarda (%81,8), evlilik yaşı 21 ve üzerinde olanlara göre (%61,0); evlilik yılı 11 yıl ve üzerinde olan kadınların (%76,3), evlilik yılı 10 yıl ve altında olanlara göre (%61,2) daha yüksek oranda CİB yaşadığı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 8. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre CİB Yaşama Durumunun Dağılımı

Değişkenler	CİB				x ²	P
	Var		Yok			
	n	(%)	n	%		
Gebelik						
Yok	47	67,1	23	32,9	0,054	0,816
Var	72	65,5	38	34,5		
Doğum						
Yok	24	77,4	7	22,6	2,733	0,098
Var	48	60,8	31	39,2		
Düşük						
Yok	38	64,4	21	35,6	0,062	0,804
Var	34	66,7	17	33,3		
Yaşayan çocuk						
Yok	22	73,3	8	26,7	1,132	0,287
Var	50	62,5	30	37,5		

Tablo 8’de kadınların evlilik ve obstetrik özelliklerine göre CİB yaşama durumlarının dağılımı verilmiştir. Kadınların gebelik, doğum, düşük yaşama ve yaşayan çocuğu olma durumuna göre CİB yaşama durumları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 9. Kadınların İnfertilite ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre CİB Yaşama Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	CİB				x ²	p
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Çocuk sahibi olmak istenen süre						
1-3 yıl	41	56,9	31	43,1	5,452	0,065
4-6 yıl	33	67,3	16	32,7		
7 yıl ve üzeri	45	76,3	14	23,7		
İnfertilite tedavisinde geçen süre						
1-2 yıl	37	50,7	36	49,3	13,054	0,001
3-4 yıl	35	76,1	11	23,9		
5 yıl ve üzeri	47	77,0	14	23,0		
İnfertilite Kaynağı						
Kadın	43	68,3	20	31,7	4,208	0,240
Erkek	20	80,0	5	20,0		
Hem kadın hem erkek	14	53,8	12	46,2		
Nedeni bilinmiyor	42	63,6	24	36,4		
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu						
Alan	104	68,4	48	31,6	2,327	0,127
Almayan	15	53,6	13	46,4		
Başarısız sonuçlanan tedavi deneyimi						
Var	98	71,0	40	29,0	4,664	0,031
Yok	6	50,0	8	50,0		
Başarısız sonuçlanan tedavi sayısı (n=138)						
1	15	53,6	13	46,4	6,330	0,097
2	30	69,8	13	30,2		
3	25	78,1	7	21,9		
4 ve üzeri	28	80,0	7	20,0		
Şu anda merkeze başvurma nedeni						
In vitro fertilizasyon	68	67,3	33	32,7	0,245	0,970
Artifisiyel İnseminasyon	13	65,0	7	35,0		
Tetik	25	65,8	13	34,2		
Mikro enjeksiyon	13	61,9	8	38,1		

Tablo 9’da kadınların infertilite ile ilgili bazı özelliklerine göre CİB yaşama durumlarının dağılımı sunulmuştur. Buna göre kadınların çocuk sahibi olmak istedikleri süre, infertilite kaynağı, daha önce infertilite tedavisi alma durumu, başarısız sonuçlanan tedavi sayısı ve şu anda merkeze başvurma nedenine göre CİB

yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Daha önce başarısız tedavi deneyimi olma durumu ile CİB yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Daha önce başarısız tedavi deneyim olan kadınların %71,0'ı CİB yaşarken, olmayanlarda bu oranın %50,0 olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).



Tablo 10. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Alma Durumuna Göre CİB Yaşama Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	CİB				x ²	p
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Çocuk sahibi olmamanın cinsel yaşamı etkileme durumu						
Etkilenen	46	86,8	7	13,2	14,341	0,000
Etkilenmeyen	73	57,5	54	42,5		
İnfertilite tedavi sürecinde cinsel yaşama ilişkin sorun						
Olan	40	83,3	8	16,7	8,665	0,000
Olmayan	79	59,8	53	40,2		
Sağlık personelinde cinsel yaşama ilişkin görüş ve bilgi alma durumu						
Bilgi Alan	30	88,2	4	11,8	9,158	0,002
Bilgi Almayan	89	61,0	57	39,0		

Tablo 10’da kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin görüş ve bilgi alma durumuna göre CİB yaşama durumlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre kadınların çocuk sahibi olmamasının cinsel yaşamını etkileme durumu, infertilite tedavi sürecinde cinsel yaşama ilişkin sorun yaşama durumu ve sağlık personelinde cinsel yaşama yönelik bilgi alma durumu ile CİB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların çocuk sahibi olmamalarından dolayı cinsel yaşamı etkilenmeyenlere göre (%57,5), etkilenenlerin (%86,8); infertilite tedavi sürecinde cinsel yaşamına ilişkin sorun olmayanlara göre (%59,8), olanların (%83,3); sağlık personelinde cinsel yaşama yönelik bilgi almayanlara göre (%61,0), alanların (%88,2) daha yüksek oranda CİB yaşadığı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 11. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K puan ortalaması

Değişkenler	CYKÖ		Test	
	X	SD	U/x ²	p
Yaş				
35 ve altı	61,57	20,53	-0,270	0,788
36 ve üzeri	60,63	19,75		
Eşinin Yaşı				
35 ve altı	61,92	19,77	-0,289	0,773
36 ve üzeri	60,60	20,41		
Eğitim				
Ortaokul ve altı	56,36	20,62	-1,875	0,061
Lise ve üstü	63,22	19,61		
Eşin Eğitimi				
Ortaokul ve altı	56,26	21,20	-1,712	0,087
Lise ve üstü	67,79	19,53		
Çalışma				
Çalışan	67,61	19,65	-3,804	0,000
Çalışmayan	55,93	19,03		
Eşin Çalışma				
Çalışan	61,09	20,06	-0,257	0,797
Çalışmayan	62,44	24,53		
Gelir Düzeyi				
Kötü ^a	45,93	21,34	5,092	0,047
Orta ^b	59,74	19,42		c>a
İyi ^c	64,53	20,04		
Yaşadığı Yer				
İl	62,39	19,65	4,827	0,090
İlçe	59,44	16,49		
Kasaba-Köy	49,52	25,76		
Aile Tipi				
Çekirdek	62,60	19,47	-2,281	0,023
Geniş	51,01	21,95		
Akraba Evliliği				
Var	55,78	21,72	-1,531	0,126
Yok	62,37	19,59		
Sigara İçme				
Kullanıyor	60,28	21,89	-0,293	0,770
Kullanmıyor	61,43	19,51		
Evlilik Yaşı				
20 yaş ve altı	55,78	19,00	-1,865	0,062
21 yaş ve üzeri	62,85	20,23		
Evlilik Yılı				
10 yıl ve altı	61,87	19,88	-0,561	0,575
11 yıl ve üzeri	59,59	20,67		

Tablo 11’de kadınların sosyodemografik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalaması verilmiştir. Buna göre kadınların yaşı, eşin yaşı, eğitim, eşin eğitimi, eşin çalışma, yaşadığı yer, akraba evliliği, sigara içme durumu, evlilik yaşı ve evlilik yılı durumları ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınların çalışma, gelir düzeyleri ve aile tipi ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlara göre, çalışanların; gelir düzeyleri kötü olanlara göre, iyi olanların; aile tipi geniş olanlara göre çekirdek olanların CYKÖ puan ortalaması daha yüksektir.



Tablo 12. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalaması

Değişkenler	CYKÖ		Test	
	X	SD	U/x ²	p
Gebelik Sayısı				
Yok	60,95	20,01	-0,139	0,889
Var	61,23	20,27		
Doğum				
Yok	53,55	20,41	-2,916	0,004
Var	64,25	19,53		
Düşük				
Yok	64,52	20,63	-1,964	0,049
Var	57,49	19,36		
Yaşayan Çocuk				
Yok	53,81	20,49	-2,703	0,007
Var	64,01	19,60		

Tablo 12’de kadınların obstetrik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalaması verilmiştir. Kadınların gebelik sayısı ile CYKÖ puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınların doğum yapma durumu, düşük yapma durumları ve yaşayan çocuğu olma durumu ile CYKÖ puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Daha önce doğum yapanlara göre, doğum yapmayanların; daha önce 1 düşük yapayanlara göre düşük deneyimi olmayanların CYKÖ puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 13. Kadınların İnfertilite ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalaması

Değişkenler	CYKÖ		Test	
	X	SD	U/x ²	p
Çocuk sahibi olmak istenilen süre				
1-3 yıl ^a	65,73	20,06	9,014	0,011 a>c
4-6 yıl ^b	59,73	19,96		
7 yıl ve üzeri ^c	56,67	19,44		
İnfertilite tedavisinde geçen süre				
1-2 yıl ^a	66,76	20,27	11,315	0,003 a>b a>c
3-4 yıl ^b	57,61	18,69		
5 yıl ve üzeri ^c	57,03	19,67		
İnfertilite kaynağı				
Kadın	59,56	21,17	5,840	0,120
Erkek	54,84	14,79		
Her ikisinde	60,56	20,16		
Nedeni bilinmiyor	65,22	20,38		
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu				
Alan	60,10	19,59	-1,740	0,082
Almayan	66,67	22,3		
Alınan tedavi türü				
In vitro fertilizasyon	58,20	19,35	1,462	0,691
Artifisiyel İnseminasyon	62,44	20,58		
Hormon tedavisi	63,41	19,32		
Mikro enjeksiyon	53,99	17,33		
Başarısız sonuçlanan tedavi deneyimi				
Var	58,78	19,51	-2,690	0,007
Yok	73,17	15,55		
Başarısız sonuçlanan tedavi sayısı				
1	66,55	20,74	5,241	0,155
2	57,83	21,45		
3	56,32	17,30		
4 ve üzeri	55,97	16,93		
Şu an hangi tedavi süreci				
In vitro fertilizasyon	59,74	21,04	1,462	0,691
Artifisiyel İnseminasyon	61,56	22,01		
Tetkik	63,77	18,56		
Mikro enjeksiyon	62,59	16,88		

Tablo 13'te kadınların infertilite öyküsüne göre CYKÖ-K puan ortalaması verilmiştir. Buna göre kadınların infertilite kaynağı, daha önce infertilite tedavisi alma durumu, alınan tedavi türü, başarısız sonuçlanan tedavi sayısı ve şuan devam eden tedavi süreci ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınların çocuk sahibi olmayı istedikleri süre, infertilite tedavisinde geçen süre ve başarısız sonuçlanan tedavi deneyimi durumları ile CYKÖ

puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). 7 yıl ve üzeri süredir çocuk sahibi olmak isteyenlere göre, 1-3 yıl arası süredir çocuk sahibi olmak isteyenlerin, infertilite tedavisinde geçen süre 5 yıl ve üzeri olanlara göre, 1-2 yıl olanların; başarısız sonuçlanan tedavi deneyimi olanlara göre olmayanların CYKÖ puan ortalamaları daha yüksektir.



Tablo 14. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Alma Durumuna Göre CYKÖ-K Puan Ortalaması

Değişkenler	CYKÖ		Test	
	X	SD	U	p
Çocuk sahibi olmamanın cinsel yaşamı etkileme durumu				
Etkilenen	48,81	15,10	-5,462	0,000
Etkilenmeyen	66,26	19,76		
İnfertilite tedavi sürecinde cinsel yaşama ilişkin sorun				
Olan	51,60	17,32	-4,074	0,000
Olmayan	64,59	20,00		
Sağlık personelinden cinsel yaşama ilişkin görüş ve bilgi alma durumu				
Bilgi Alan	53,63	18,08	-2,467	0,014
Bilgi Almayan	62,87	20,22		

Tablo 14’te kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin görüş ve bilgi alma durumuna göre CYKÖ-K puan ortalaması verilmiştir. Buna göre kadınların çocuk sahibi olmamalarının cinsel yaşamına etkileme durumu, tedavi sürecinin cinsel yaşamında sorun olma durumu ve sağlık personelinden cinsel yaşama yönelik bilgi alma durumu ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların çocuk sahibi olmamalarından dolayı cinsel yaşamı etkilenenlere göre, etkilenmeyenlerin; infertilite tedavi sürecinde cinsel yaşamına ilişkin sorun olanlara göre, olamayanların; sağlık personelinden cinsel yaşama ilişkin görüş ve bilgi alanlara göre, almayanların CYKÖ puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 15. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BUE Puan Ortalaması

Değişkenler	BUE		Test	
	X	SD	U/x ²	P
Yaş				
35 ve altı	9,38	2,31	-0,839	0,401
36 ve üzeri	9,12	2,20		
Eşinin Yaşı				
35 ve altı	9,31	2,36	-0,510	0,610
36 ve üzeri	9,22	2,19		
Eğitim				
Ortaokul ve altı	9,09	2,09	-1,001	0,317
Lise ve üstü	9,33	2,33		
Eşin Eğitim				
Ortaokul ve altı	9,41	1,95	-0,136	0,892
Lise ve üstü	9,20	2,36		
Çalışma				
Çalışan	9,79	2,15	-2,927	0,003
Çalışmayan	8,83	2,26		
Eşin Çalışma				
Çalışan	9,26	2,28	-0,415	0,678
Çalışmayan	9,00	1,41		
Gelir Düzeyi				
Kötü	45,93	21,34	5,092	0,078
Orta	59,74	19,42		
İyi	64,53	20,04		
Sosyal Güvence				
Var	9,27	2,30	-0,478	0,632
Yok	9,09	1,38		
Yaşadığı Yer				
İl	9,29	2,28	2,791	0,248
İlçe	9,56	2,37		
Kasaba-Köy	8,50	1,74		
Aile Tipi				
Çekirdek	9,33	2,32	-1,572	0,116
Geniş	8,74	1,68		
Akraba Evliliği				
Var	9,06	2,42	-0,493	0,622
Yok	9,30	2,22		
Sigara kullanma				
Kullanan	9,04	2,33	-0,494	0,622
Kullanmayan	9,33	2,23		
Evlilik yaşı				
20 yaş ve altı	8,98	2,23	-1,328	0,184
21 yaş ve üzeri	9,35	2,27		
Evlilik yılı				
10 yıl ve altı	9,28	2,35	-0,819	0,413
11 yıl ve üzeri	9,20	2,07		

Tablo 15’te kadınların sosyodemografik özelliklerine göre BUE puan ortalaması verilmiştir. Buna göre kadınların yaş, eşin yaşı, eğitim, eşin eğitim, eşin çalışma, gelir düzeyi, sosyal güvence olma durumu, yaşadığı yer, aile tipi, akraba evliliği, sigara kullanma, evlilik yaşı ve evlilik yılı ile BUE puan düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınların çalışma durumu ile BUE puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlardan çalışmayanlara göre çalışanların BUE puan ortalamaları daha yüksektir.



Tablo 16. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre BUE puan ortalaması

Değişkenler	BUE		İ Test	
	X	SD	z	p
Gebelik				
Yok	9,03	2,11	-1,364	0,173
Var	9,40	2,34		
Doğum				
Yok	9,42	2,59	-0,758	0,449
Var	9,39	2,26		
Düşük				
Yok	9,41	2,39	-0,356	0,722
Var	9,39	2,31		
Yaşayan Çocuk				
Yok	9,70	2,73	-1,388	0,165
Var	9,29	2,19		

Tablo 16’da kadınların obstetrik özelliklerine göre BUE puan ortalaması verilmiştir. Buna göre kadınların gebelik deneyimi, gerçekleşen doğum durumu, daha önce düşük yapma durumu ve yaşayan çocuğu olma durumları ile BUE puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Kadınların İnfertilite ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre BUE Puan Ortalaması

Değişkenler	BUE		İ Test	
	X	SD	z/x ²	p
Çocuk sahibi olmak istenilen süre				
1-3 yıl	9,29	2,12	1,806	0,405
4-6 yıl	9,47	2,37		
7 yıl ve üzeri	9,03	2,33		
İnfertilite tedavisinde geçen süre				
1-2 yıl	9,53	2,06	2,031	0,362
3-4 yıl	9,15	2,22		
5 yıl ve üzeri	9,00	2,49		
İnfertilite kaynağı				
Kadın	9,14	2,25	3,485	0,323
Erkek	8,92	2,41		
Her ikisinde	9,85	2,09		
Nedeni bilinmiyor	9,26	2,27		
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu				
Alan	9,20	2,28	-0,596	0,551
Almayan	9,54	2,12		
Alınan tedavi türü				
In vitro fertilizasyon	9,68	1,90	6,190	0,103
Artifisiyel İnseminasyon	8,75	2,37		
Hormon	9,65	2,23		
Mikro enjeksiyon	8,63	2,68		
Başarısızlıkla sonuçlanan tedavi deneyimi				
Var	9,12	2,26	-1,193	0,233
Yok	10,07	2,37		
Başarısız sonuçlanan tedavi sayısı				
1	9,21	1,79	3,663	0,300
2	9,30	2,52		
3	8,53	2,50		
4 ve üzeri	9,34	2,03		
Şu anda merkeze başvurma nedeni				
In vitro fertilizasyon ^a	9,47	2,03	13,282	0,004
Artifisiyel İnseminasyon ^b	7,50	2,89		b<a
Tetkik ^c	9,76	1,99		b<c
Mikro enjeksiyon ^d	9,00	2,41		

Tablo 17’de kadınların infertilite ile ilgili bazı özelliklerine göre BUE puan ortalaması verilmiştir. Buna göre kadınların çocuk sahibi olma isteme süreleri, infertilite tedavisinde geçen süre, infertilite kaynağı, daha önce infertilite tedavisi alma durumu, alınan tedavi türü, başarısızlıkla sonuçlanan tedavi deneyimi, başarısız sonuçlanan tedavi sayıları ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınların şu anda merkeze başvurma nedeni ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır

($p < 0,05$). Kadınların şu anda aldıkları tedaviye göre BUE puan ortalaması en düşük olanlar artifisiyel inseminasyon tedavisi alanlarken, BUE puan ortalaması en yüksek olanlar ise infertilite tedavisi tetkik sürecinde olanlardır.



Tablo 18. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Görüş ve Bilgi Alma Durumuna Göre BUE Puan Ortalaması

Değişkenler	BUE		Test	
	X	SD	z/x ²	p
Çocuk sahibi olmamanın cinsel yaşamı etkileme durumu				
Etkilenen	9,11	2,49	-0,686	0,493
Etkilenmeyen	9,31	2,16		
İnfertilite tedavi sürecinde cinsel yaşama ilişkin sorun				
Olan	9,13	2,45	-0,736	0,462
Olmayan	9,30	2,19		
Sağlık personelinin cinsel yaşama ilişkin görüş ve bilgi alma durumu				
Bilgi Alan	9,09	2,44	-0,167	0,868
Bilgi Almayan	9,29	2,22		

Tablo 18’de kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin görüş ve bilgi alma durumuna göre BUE puan ortalaması verilmiştir. Buna göre kadınların çocuk sahibi olmamalarının cinsel yaşamına etkileme durumu, infertilite tedavi sürecinde cinsel yaşama ilişkin sorun olma durumu ve sağlık personelinin cinsel yaşama ilişkin görüş ve bilgi alma durumu ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. Kadınların FSFI, CYKÖ-K ve BUE Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon Analizi

		BUE	CYKÖ	FSFI
BUE		1		
CYKÖ	r	,281**	1	
	p	,000		
FSFI	r	,139	,655**	1
	p	,063	,000	

**p<0,05;

Tablo 19’da kadınların FSFI, CYKÖ-K ve BUE puan ortalaması korelasyon analizi verilmiştir. Buna göre BUE ile CYKÖ arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,01$). BUE ile FSFI arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). CYKÖ ile FSFI arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Kadınlığın annelik ve erkekliğin üretkenlik ile eşdeğer olduğu toplumlarda infertilite bireyin cinsel kimliği için bir risk oluşturabilmektedir. Suçluluk, ikilem, gereksizlik hissi cinsel fonksiyonları durdurmakta veya cinsel başarısızlığa neden olmaktadır (Er Güneri, 2011). Bu çalışmada infertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunlar ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve elde edilen bulgular mevcut literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

İnfertilite tanısından sonra ve infertilite tedavi sürecinde etkilenen en önemli yaşam alanlarından biri cinselliktir. Çalışmamızda kadınların %66,1'inin CİB yaşadığı belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda infertil kadınların CİB yaşama oranları % 66,1 olur iken; Algül (2013) yaptığı çalışmada infertil kadınlardaki CİB oranını % 49,1 olarak tespit etmiştir. Kırço ve Çoban (2009) yaptıkları çalışmada infertil kadınlardaki CİB oranını % 77 bulmuşlardır. Oğuz (2004) yaptığı çalışmada infertil kadınlardaki CİB oranını % 58 olarak tespit etmiştir.

Diğer çalışmalarda bulunan CİB oranı ile bizim çalışmamızda bulduğumuz oran arasında çok büyük bir fark olamamasına karşın yine de bizim çalışmamızla literatür arasındaki farklılıkların nedenleri olarak kadınlardaki; yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, evlilik yılı, evlenme yaşı, alınan tedavi durumu, cinsellik konusunun bir tabu olarak görülmesi, toplumda bu konuda yeterli bilincin oluşmaması, cinsellik konusundaki eğitimlerin yeterince yaygınlaştırılmaması, infertilite tedavi sürecinde yaşanan yanlış tutum ve davranışlar gibi nedenlerin olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kadınların bazı özelliklerine göre CİB yaşama durumları incelendiğinde, evlenme yaşı, gelir düzeyi, evlilik yılı, infertilite tedavisinde geçen süre, tedavi alma durumu, başarısız sonuçlanan tedavi deneyimi, çocuk sahibi olmamanın cinsel yaşamı etkileme durumu, tedavi sürecinde cinsel yaşamda sorun olma durumu, sağlık personelinden bilgi almama durumu olan kadınlarda CİB görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda yaş ile CİB yaşama durumu arasında anlamlılık bulunmuştur. Oğuz (2004) yaptığı çalışmada infertil kadınlarda evlenme yaşı ile CİB bozukluğu arasında anlamlı bir farklılık olduğunu tespit etmiştir. Nelson ve ark.,

(2008) yaptıkları çalışmada, evlenme yaşı ile CİB arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit etmişlerdir. Tashbulatova (2007) yaptığı çalışmada evlenme yaşı ile CİB arasında anlamlı farklılık saptamıştır. Monga ve ark., (2003) yaptıkları araştırmada evlenme yaşı ile CİB arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ile literatürde incelenen bulgular genelde aynı olmakla birlikte, farklılık bulunmasının nedeni olarak, cinsellikle ilgili sorulara verilen cevaplarda çekincelerin olması, kadınlara anket doldurma sırasında güvenilir bir ortam oluşturulmaması, kişilerin cinsellik hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması gibi nedenler olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda gelir düzeyi ile CİB arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tashbulatova ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile CİB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gelir durumu arttıkça CİB durumunda düzelme olduğunu bildirilmektedir. Şen ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada gelir düzeyi ile CİB arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Öztürk (2017) yaptığı çalışmada gelir durumu iyi olanlarda IFSF skorunu ($39 \pm 3,9$) bulmuştur. Buda bize gelir durumu iyi olanların CİB yaşama durumlarının daha az olduğunu göstermektedir. Kırço Çoban ve Dinç (2013) yaptıkları çalışmada infertil kadınların gelir düzeyi ile CİB arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ile literatürde incelenen bulgular büyük oranda paralellik göstermektedir. İnfertilite tedavisinin ekonomik olarak yüksek maliyet gerektirmesi, tedavi sonuçlarının başarısız olması durumunda aynı tedavi giderlerinin yeniden karşılanması, yeni çıkan teknolojik gelişmeler ekseninde tedavinin ekonomik boyutunun artması, başka tedavi merkezlerine ulaşmak için belli miktarda ekonomik durumun olması gerekliliği gibi nedenlerden dolayı CİB ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda evlilik süresi ile CİB arasında anlamlılık bulunmuştur. Egelioglu ve Cetişli (2014) yaptıkları çalışmada evlilik süresi ile CİB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Güleç ve ark., (2011) yaptıkları çalışmada CİB ile evlilik süresi arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Samadaee-Gelekolae ve ark., (2016) yaptıkları çalışmada evlilik süresi ve CİB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu

bulmuşlardır. Tanha ve ark., (2014) yaptıkları çalışmada CİB ile evlilik süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.

Tashbulatova ve ark., (2013) yaptıkları araştırmada CİB ve evlilik süresi arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Monga ve ark., (2003) yaptıkları çalışmada kadınlarda CİB ve evlilik süresi arasında herhangi bir anlamlılık bulamamışlardır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ile literatürde incelenen bulgular arasında benzerlik bulunmaktadır. Evlilikte cinselliğin amaçlarından birisinde gebelik olmasından dolayı, uzun süre evli kalınması ve cinsellik yaşanmasına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi cinselliğin anlamını, önemini kaybetmesine neden olmaktadır. Amacın sadece gebelik olması nedeni ile cinsel yaşam rutin ve sıradan bir hal almaktadır, bu durumda cinsel fonksiyonlarda bozulmalara neden olmaktadır. İnfertilite için kadının yaşı önemli bir etmendir. Kadın yaşı arttıkça fertilizasyon oranı düştüğünden dolayı, evlilik süresinin artmasına bağlı olarak kadın yaşta artacağından, gelişen anksiyete, depresyon gibi nedenlere bağlı olarak CİB meydana gelmektedir. Evlilik yılının artması ve halen bir çocuğa sahip olamayan kadının üzerinde ailesel ve toplumsal baskılarda artacağından dolayı, gebe olması beklenen kadın, kendi üzerinde yoğun baskı hissedecek ve bu durumda cinsel yaşamına olumsuz etki yapacaktır.

Çalışmamızda tedavi süresi ile CİB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bayar ve ark.,(2014) yaptıkları çalışmada tedavi süresi ile CİB arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Kırço Çoban ve Dinç (2009) yaptıkları çalışmada CİB ile tedavi süresi arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Newton ve ark., (1998) yaptıkları çalışmada tedavi süresi ile CİB arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ile literatürde incelenen bulgular arasındaki benzerlik dikkat çekmektedir. İnfertilite tedavi süresinin belirsizliği, çiftlerin, özellikle kadının yaşının ilerlemesi, tedavi süresinin uzamasına bağlı olarak gelişen umutsuzluk duygusu, kadına uygulanan girişimsel işlemlerin tedavi süresinin uzamasına bağlı olarak artması, yaşanan yoğun anksiyete ve stres gibi psikolojik etmenlerin tedavi süresinin uzamasına bağlı olarak cinsel işlev bozukluğunda artmaya neden olduğu düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızda bulduğumuz CİB oranı ile diğer çalışmalarda bulunan oranlar arasında çok büyük farklılıklar bulunmazken, oluşan farklılıkların nedeni

olarak cinsellik konusunun bir tabu olarak görülmesi, toplumda bu konuda yeterli bilincin oluşmaması, cinsellik konusundaki eğitimlerin yeterince yaygınlaştırılmaması, infertilite tedavi sürecinde yaşanan yanlış tutum ve davranışlar gibi sebeplere bağlı olduğunu düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızda kadınların %81.1'inin infertilite tedavisi sürecinde sağlık personelinin cinsel yaşamlarına yönelik herhangi bir bilgi almadıkları bulunmuştur.

Pinar ve Zeyneloğlu'nun (2012) çalışmasında infertil kadınların %30'unun bu konuda bilgi almadığını belirtmişlerdir. Devran ve ark., (2007) kadınların yaklaşık %70'lik bir kısmının sağlık personelinin bilgi almadığını belirtmişlerdir. Boivin ve ark., (1999) infertilite tedavisi alan kadınların yaklaşık %55'inin sağlık personelinin bilgi almadıklarını belirtmişlerdir. Algül ve Aksu (2014) infertilite tedavisi alan kadınların %45'inin sağlık personelinin bilgi almadığını belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızla diğer literatür bilgileri arasındaki farklılığın nedeni olarak, günümüzde iletişim ağları çok geliştiğinden, infertil kişiler ulaşmak istedikleri bilgilere internette, televizyondan, gazetelerden, dergilerden kitaplardan rahatlıkla ulaşabilmektedirler. İnfertilitenin cinsel yönü, tedavi alan kadınlar tarafından mahrem alanlarına bir müdahale olarak değerlendirildiğinden, cinsellikle ilgili tabuların olmasından, bu konuları konuşacak uygun alanların kısıtlı olmasından, infertilite tedavisinde görev alan bazı sağlık çalışanlarının bu konuda yanlış tutum ve davranış sergilemesinden, kişilerin tedavi merkezlerinden tedavilerini alıp bir an önce gitmek istemelerinden dolayı, infertil çiftler genellikle sağlık personelinin bilgi almamaktadırlar. Bilgi alanlar ise daha çok doktordan bilgi almaktadırlar. Oysaki infertilite sürecinde, çiftle en fazla ebe, hemşire ve diğer sağlık personelleri birlikte zaman geçirmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ile literatürde incelenen bulgular arasında farklılık bulunmasının nedeni olarak, özellikle Doğu kültüründe halk arasında cinselliğin bir tabu olarak görülmesi, hakkında konuşulmasının ayıp olarak karşılanması, cinsellikle ilgili yeterli bilgiye sahip olunmaması, cinsellik eğitiminin yeterince alınmaması gibi sebeplere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların CYKÖ puan ortalaması 61,12 olarak bulunmuştur. Atay (2017) yaptığı çalışmada CYKÖ puanını $89,736 \pm 9,898$ olarak bulmuştur. Sis Çelik (2018) yaptığı çalışmada CYKÖ puan ortalamasını 71,79 bulmuştur. İnfertil çiftlerin mahremiyetine dikkat edilmemesi, rahat ve huzurlu bir ortamın sağlanmaması, doğru bir kişiler arası iletişim kurulmaması, alanında uzman kişilerin eksikliği (psikolog, psikiyatrist, infertilite hemşiresi vb.) çiftlerin yaşadığı umutsuzluk, depresyon gibi psikolojik semptomlar, infertil kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin azalmaya neden olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra kadınların cinsel yaşam kalitesi değerlendirildiğinde CYKÖ puan ortalamasının $61,12 \pm 20,12$ olarak bulunma durumu, yüz puan üzerinden değerlendirildiğinde kadınların cinsel yaşam kalitesinin ortalamanın biraz üzerinde olduğu söylenebilir. İnfertilite tedavisi alan kadınlarda CYKÖ puanları arasında literatürde farklılıklar olduğu görülmektedir. Kadınlardaki yaş grubu, meslekler, evlilik süresi, yaşayan çocuğun olma ya da olmama durumu, tedavi süresi, daha önce gebe kalma durumu gibi nedenlere bağlı olarak CYKÖ puanları arasında farklılıklar olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kadınların evlilik yaşı, evlilik süreleri ve gebelik durumları ile CYKÖ puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, kadınların doğum durumu, düşük yapma durumu, yaşayan çocuk durumları ile CYKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Atay (2007) infertilite tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitesi ve ilişkilerindeki mutluluk düzeyini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında kadınların evlilik süresi, daha önce gebe kalma durumu ile CYKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır. Buna göre infertilite tedavisi alan kadınlardan daha önceki zamanlarda gebelik duygusunu yaşamalarından dolayı mevcut infertilite tedavi sürecinden cinsel yaşam kalite düzeyleri olumsuz yönde etkilenmediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların infertilite nedenleri, infertilite tedavisi alma durumları, daha önceki infertilite tedavi türleri ve başarısız sonuçlanan tedavi sayıları ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken, kadınların çocuk sahibi olma isteme süreleri, tedavi süreleri, başarısızlıkla sonuçlanan tedavi deneyimleri, şuan aldıkları tedavi türü ile CYKÖ puan düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Atay (2007) infertilite tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitesi ve ilişkilerindeki mutluluk düzeyini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada infertilite tedavi süresi ile CYKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır. Buna göre infertilite tedavisi alan kadınların çocuk sahibi olma süreleri, tedavi süreleri, başarısızlıkla sonuçlanan tedavi süreçlerinde yaşanan umutsuzluk, kaygı, tükenmişlik durumları baş etme mekanizmalarının yetersiz olmasının cinsel yaşam kalite düzeylerine olumsuz olarak yansıdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların çocuk sahibi olmamaları ve tedavi süreçlerinin cinsel yaşamını etkileme durumu ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca kadınların bu süreçte cinsel yaşamları ile ilgili yaşadıkları sorunlara yönelik sağlık personelinin yardım/bilgi almaları ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Sağlık personelinin bilgi alınmasının infertilite tedavisi sürecindeki kadınların cinsel yaşam kalitelerine olumlu olarak yansıdığını belirtmek mümkündür.

Çalışmamızda kadınların bazı özelliklerine göre CYKÖ puan ortalaması incelendiğinde doğum yapmayan, yaşayan çocuğu olmayan, düşük yapan, başarısız tedavi deneyimi olan, çocuk sahibi olma isteme süresi 7 yıl ve üzeri olan özellikteki kadınların CYKÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur. Atay (2017) yaptığı çalışmada, yaşayan çocuğu olmayan, gebe kalma girişimi başarısız olan, daha önce yardımcı üreme tekniği alan, uzun tedavi süresi olan kadınlarda CYKÖ puan ortalamasında bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde etmiştir.

Kadınların, yaş grubu, mesleği, eşinin öğrenim durumu, eşinin mesleği, evlilik süresi, çocuğu olma durumu, daha önce gebe kalma durumu, infertilite tedavi süresi, uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı ve infertilite sorunun kime ait olduğu ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır

Çalışmamızda kadınların BUE puan ortalamasının 9,26 olduğu belirlenmiştir Kesin ve Babacan Gümüş., (2014), infertil bireylerle yaptıkları çalışmada BUE puan ortalamasını 7.52 olarak tespit etmişlerdir. Kargin ve Ünal (2011) yaptıkları çalışmada, ortalama BUE skoru 5.6 ± 4.2 , olarak ifade etmişlerdir. Egelioglu Cetişli ve ark.,

(2017) yaptıkları araştırmada kadınların Beck Umutsuzluk Envanteritoplamlarının ortalaması 12.29 ± 2.48 , olarak belirtmişlerdir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ile literatürde incelenen bulgulardan bazıları arasında farklılıklar bulunmuştur. Bunun nedeni olarak kişilerin tedavi süreçlerinin doğru bir şekilde yönetilmemesi, destek mekanizmalarının yeterli olmaması (özellikle eş, aile ve sonrasında yakın akraba ve arkadaşlar), ekonomik sorunlarının olması, gerektiğinde psikolojik veya psikiyatrik yardım almaması, sağlık personelleri tarafından sade ve anlaşılır bir şekilde bilgilendirilmemeleri gibi nedenler olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kadınların kendilerinin ve eşlerinin yaş grupları, gelir durumları, eşlerinin eğitim durumu, eşlerinin çalışma durumu, kendilerinin sosyal güvence durumları, yaşadıkları yer, aile tipleri, evliliklerinin akraba evliliği olma durumları, sigara kullanma durumları ile BUE puan düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kadınların eğitim durumları, çalışma durumları ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kargın (2009), infertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada infertil kadınların gelir durumları, eşlerinin eğitim durumu, eşlerinin çalışma durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Erbil ve ark. (2010), infertil kadın ve erkeklerde umutsuzluk düzeylerini inceledikleri çalışmada kadınların gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmişlerdir. Yanikkerem ve ark., (2008), infertilitenin aile yaşamına etkisinde kadınların %31,0 oranında umutsuzluk yaşadığını belirtmektedir. Buna göre eğitim düzeyi yüksek olan kadınların infertilite tedavi sürecinde infertilite durumunu araştırarak bu durum hakkında bilgi toplamaktayken, eğitim düzeyi düşük olan kadınlar ise infertiliteyi uğursuzluk, lanetlenme, damgalanma ve benzeri olumsuz durumlarla ilişkilendirerek psikolojik durumlarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olarak, kendilerinin umutsuzluk seviyelerinin artmasına sebep oldukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların evlilik yaşları, evlilik süreleri, gebelik durumları, doğum sayıları, düşük sayıları, yaşayan çocuk sayıları ile BUE puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Kargin (2009), infertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada yaşayan çocuğun olması, daha önce geçirilmiş gebelik öyküsü ve gebeliğin sonuçlanma şekli ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Bu sonuçlara göre günümüzde kadınların evlilik yaşlarının yükselmesi, infertilite tedavi seçeneklerinin artması, bilgi alınacak yazılı ve görsel kaynakların ulaşılabilirliğinin kolay olması gibi sebeplerden dolayı kadınların yaşadıkları olumsuzluklar bir çocuğa sahip olma umudunun canlı kalmasına sebep olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda kadınların çocuk sahibi olma isteme süreleri, infertilite tedavi süreleri, infertilite nedenleri, infertilite tedavisi alma durumları, daha önce alınan tedavi türü, başarısızlıkla sonuçlanan tedavi durumu, başarısızlıkla sonuçlanan tedavi sayıları ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kadınların şu an bulunduğu tedavi süreci ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Er Güneri (2011), infertil kadınların umut/umutsuzluk durumlarını araştırdığı çalışmada olumsuz tedavi deneyimlerinin umutsuzluk duygularının yaşanmasına yol açtığı belirlemiştir. Bu sonuçlar infertilite tedavisinin sonucunun kesin olarak bilinmemesi, tedavi sürecinde yaşanan ekonomik sorunlar, sağlık personelinin yanlış tutum ve davranışları kadınlarda bir çocuğa sahip olma umudunun azalmasına sebep olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda kadınların çocuk sahibi olmamalarının cinsel yaşamını etkileme durumu, infertilite tedavi sürecinin cinsel yaşamında sorun olma durumu, bu süreçte cinsel yaşamıyla ilgili yaşanan sorunlara yönelik sağlık personelinden yardım/bilgi alma durumları ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Dereli Yılmaz ve ark., (2016), yaptıkları çalışmada infertilite sorunundan dolayı kendini çok üzgün hisseden kadınların BUE puanları istatistiksel olarak anlamlı fark tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar, bir çocuğa sahip olma umudunun cinsel yaşamda ortaya çıkan sorunların ötesine geçerek infertilite tedavi süreci içerisinde olan kadının umudunu hala canlı tutmasına neden olduğuna bağlanabilir.

Çalışmamızda BUE ile CYKÖ arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiş, BUE ile FSFI arasında bir ilişki tespit edilmemiş, CYKÖ ile FSFI arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

İnfertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunlar ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Kadınların %52,8'i 35 yaş ve altında, yaş ortalaması $34,24 \pm 5,94$, eşlerinin ise %60,6'sı ise 36 yaş ve üstündedir ve eşlerinin yaş ortalaması $34,41 \pm 6,11$ 'dir. Kadınların %69,4'ünün, eşlerinin ise %74,4'ünün eğitim durumu lise ve üstüdür. Kadınların %44,4'ü, eşlerinin ise %97,2'si çalışmaktadır. Kadınların %51,7'si gelir düzeyini orta olarak değerlendirmiştir. Kadınların %93,9'unun sosyal güvencesi vardır; %83,3'ü il merkezinde ve %87,2'si çekirdek ailede yaşamaktadır. Kadınların %18,9'u akraba evliliği yapmış ve %26,7'si sigara kullanmaktadır. Kadınların evlilik yaş ortalaması $25,15 \pm 15,70$; evlilik yıl ortalaması $9,07 \pm 5,59$ 'dir (Tablo 1).

2. Kadınların gebelik ortalaması $1,29 \pm 1,60$, doğum ortalaması $0,95 \pm 0,76$, düşük ortalaması $0,86 \pm 1,20$, yaşayan çocuk ortalaması ise $0,97 \pm 0,80$ 'dir (Tablo 2).

3. Kadınların %40,0'ı 1-3 yıldır çocuk sahibi olmak istemekteyken, %40,6'sı 1-2 yıldır infertilite tedavi sürecindedir. Kadınların infertilite kaynağı incelendiğinde; %35'i kadın iken %36,7'sinde ise neden bilinmemektedir. Kadınların %84,4'ü daha önce infertilite tedavisi almış olup; %30,9'u in vitro fertilizasyon, %34,2'si artifisiyel inseminasyon yaptırmıştır. Kadınların %90,8'inin başarısızlıkla sonuçlanan tedavi deneyimi vardır ve %56,1'inin merkeze başvurma nedeni in vitro fertilizasyondur. (Tablo 3).

4. Kadınların %29,4'ü çocuk sahibi olmamalarının cinsel yaşamlarını etkilediğini; %26,7'si tedavi sürecinde cinsel yaşamına yönelik sorun yaşadığını ifade ederken %81,1'i bu süreçte sağlık personelinin cinsel yaşama ilişkin görüş ve bilgi almadığını belirlenmiştir (Tablo 4).

5. Kadınların FSFI toplam puan ortalaması $23,50 \pm 6,53$ 'dür. Kadınların FSFI istek alt boyut puan ortalaması $3,60 \pm 1,15$; uyarılma alt boyut puan ortalaması $3,68 \pm 1,49$; lubrikasyon alt boyut puan ortalaması $4,07 \pm 1,37$; orgazm alt boyut puan ortalaması $3,89 \pm 1,35$; memnuniyet alt boyut puan ortalaması $3,95 \pm 1,28$ ve ağrı alt

boyut puan ortalaması $4,30 \pm 1,51$ 'dir. Ölçeğin kesme noktası 26,55 dikkate alındığında kadınların %66.1'inin Cinsel İşlev Bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

6. Kadınların CYKÖ toplam puan ortalaması $61,12 \pm 20,12$, BUE puan ortalaması $9,26 \pm 2,26$ 'dir (Tablo 6).

7. Kadınların yaş, eğitim, eşin yaşı, eşin eğitimi, yaşanılan yer, aile tipi, akraba evliliği yapma durumu ve sigara kullanma durumuna göre CİB yaygılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmemiştir ($p > 0,05$). Kadınların çalışma durumu, gelir durumu, evlenme yaşı ve evlilik yılına göre CİB yaşama durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

8. Kadınların gebelik, doğum, düşük yaşama ve yaşayan çocuğu olma durumuna göre CİB yaşama durumları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 8).

9. Kadınların çocuk sahibi olmak istedikleri süre, infertilite kaynağı, daha önce infertilite tedavisi alma durumu, başarısız sonuçlanan tedavi sayısı ve şu anda merkeze başvurma nedenine göre CİB yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Daha önce başarısız tedavi deneyimi olma durumu ile CİB yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Daha önce başarısız tedavi deneyim olan kadınların %71,0'ı CİB yaşarken, olmayanlarda bu oranın %50,0 olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 9).

10. Kadınların çocuk sahibi olmamasının cinsel yaşamını etkileme durumu, infertilite tedavi sürecinde cinsel yaşama ilişkin sorun yaşama durumu ve sağlık personelinde cinsel yaşama yönelik bilgi alma durumu ile CİB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 10).

11. Kadınların yaşı, eşin yaşı, eğitim, eşin eğitimi, eşin çalışma, yaşadığı yer, akraba evliliği, sigara içme durumu, evlilik yaşı ve evlilik yılı durumları ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kadınların çalışma, gelir düzeyleri ve aile tipi ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 11).

12. Kadınların gebelik durumu ile CYKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Doğum durumu ile CYKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark doğum yapanların CYKÖ puan ortalaması (61,23) doğum yapmayanların CYKÖ puan ortalamasına (60,95) göre daha yüksektir. Düşük yapma durumu ile CYKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark düşük yapanların CYKÖ puan ortalaması (57,49) düşük yapmayanların CYKÖ puan ortalamasına (62,44) göre daha düşüktür. Yaşayan çocuk durumu ile CYKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark yaşayan çocuk olanların CYKÖ puan ortalaması (64,01) yaşayan çocuğu olmayanların CYKÖ puan ortalamasına (53,81) göre daha yüksektir (Tablo 12).

13. Kadınların gebelik sayısı ile CYKÖ puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), kadınların doğum yapma, düşük yapma ve yaşayan çocuğu olma durumları ile CYKÖ puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13).

14. Kadınların çocuk sahibi olmamalarının cinsel yaşamına etkileme durumu, tedavi sürecinin cinsel yaşamında sorun olma durumu ve sağlık personelinin cinsel yaşama yönelik bilgi alma durumu ile CYKÖ puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 14).

15. Kadınların yaşı, eşinin yaşı, eğitimi, eşin eğitimi, eşin çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence olma durumu, yaşadığı yer, aile tipi, akraba evliliği, sigara kullanma, evlilik yaşı ve evlilik yılı ile BUE puan düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınların çalışma durumu ile BUE puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 15).

16. Kadınların gebelik deneyimi, gerçekleşen doğum durumu, daha önce düşük yapma durumu ve yaşayan çocuğu olma durumları ile BUE puan düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

17. Kadınların çocuk sahibi olma isteme süreleri, infertilite tedavisinde geçen süreleri, infertilite kaynağı, daha önce infertilite tedavisi alma durumu, alınan tedavi türü, başarısızlıkla sonuçlanan tedavi deneyimi, başarısız sonuçlanan tedavi sayıları ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır

($p>0,05$). Kadınların şu anda merkeze başvurma nedeni ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 17).

18. Kadınların çocuk sahibi olmamalarının cinsel yaşamına etkileme durumu, infertilite tedavi sürecinde cinsel yaşama ilişkin sorun olma durumu ve sağlık personelinin cinsel yaşama ilişkin görüş ve bilgi alma durumu ile BUE puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

19. Kadınların BUE ile CYKÖ arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunurken ($p<0,01$), BUE ile FSFI arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ($p>0,05$), CYKÖ ile FSFI arasında ise pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 19).

6.2. Öneriler

- Cinsel yaşamın değerlendirilmesi ve cinsel yaşama yönelik müdahaleler infertil kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin bir parçası olmalıdır.
- İnfertil çiftlere yönelik cinsel eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin gereksinimi karşılanması ve nitelikli olması için sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.
- İnfertilite tedavi sürecinde umut duygusunun geliştirilmesine yönelik yaklaşımlar bakımın bir olmasıdır.
- İnfertilite tedavi sürecindeki çiftler cinsel yaşamlarına yönelik sorun yaşadığında yardım almaları için cesaretlendirilmelidir.
- Sosyo ekonomik ve eğitim ve düzeyi düşük, infertilite süresi uzun, daha önce başarısız tedavi deneyimleri kadınlar cinsel yaşamla ilgili sorunlar açısından risk grubu olarak ele alınmalıdır.
- Cinsel yaşama yönelik müdahalelerin infertilite tedavi süreçlerini nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla deneysel araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Aksu, H., Algül, Ö. (2014). İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 24(3), 171-178.
- Algül, Ö. (2013). *İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi*, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.
- Alihocagil Emeç, Z. (2016). *Fertil ve infertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun tanımlanması ve karşılaştırılması*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Atay, Y. (2017). *İnfertilite tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitesi, ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve etkileyen faktörler*, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2014). Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 345-350.
- Ataman, H., Arslan, H. (2010). Doğal gebelikler ile infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(23), 75-88.
- Bahauddin SS. (2009). Aggression as a subsequent response to hopelessness feelings of infertility, *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 31-44.
- Bayar, U., Basaran, M., Atasoy, N., Kokturk, F., Arikan, I. I., Barut, A., Harma, M. (2014). Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *Sexual dysfunction. J Pak Med Assoc*, 64, 138-145.
- Benli, S. (2010). *İnfertil kadınlarda depresyon ve anksiyete durumu ve ilişkili faktörler*, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Besharat, M. A., Hoseinzadeh Bazargani, R. (2006). A Comparative Study Of Fertile And Infertile Women's Mental Health And Sexual Problems. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12(2), 146-153.
- Bodur, N. E., Çoşar, B., Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 38(1), 51-62.
- Boivin J, Scanlan LC, Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counselling?. *Human Reproduction* 14(5), 1384–1391.
- Bokaie M, Simbar M, Ardekani SMY. (2015). Sexual behavior of infertile women: a qualitative study, *Iran J Reprod Med*. 13(10), 645–656.
- Bokaie, M., Farajkhoda, T., Enjzab, B., Heidari, P., Zarchi, M. K. (2012). Barriers of child adoption in infertile couples: Iranian's views. *Iranian journal of reproductive medicine*, 10(5), 429-434.

- Collier, F. (2010). When a couple wants a baby: What are the consequences on their sexuality?. *Sexologies*, 19(3), 143-146.
- Cousineau TM, Domar AD. (2007). Psychological impact of infertility, *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), Pages 293–308.
- Çavuşoğlu, İ. (2015). *İnfertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi*, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Çetinbaş, A. (2014). *Trakya Üniversitesi hastanesi üremeye yardımcı teknikler merkezi'ne başvuran kadınlarda yaşam kalitesi*, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.
- Çorapçıoğlu Özdemir A. (2006). Psychological projection of infertility, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences Psychiatry*, 2(47), 34-40.
- Demir, S. (2016). *Cinsel işlev bozukluğu olan infertil kadınlarda cinsel danışmanlığın cinsel sağlığa etkisi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N., Serdaroğlu, H. (2016). İnfertil kadınlarda umutsuzluk ve depresyon düzeyi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3), 46-50.
- Devran A, Doğan M, Mollamahmutoğlu L. (2007). IVF tedavisi alan kadın hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar. *Last updated on Sunday*, 1-51.
- Durgun Ozan, Y. (2013). *Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.
- Ege, E., Akın, B., Yaralı Arslan, S., Bilgili, N. (2010). Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri, *TUBAV Bilim Dergisi*, 3(1), 137-144.
- Egelioğlu Çetişli, N., Topaloğlu Ören, E. D., Kaba, F. (2017). İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, 10(3), 422-426.
- Egelioğlu Cetişli, N., Serçekuş, P., Oğuz, N. (2014). Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(3), 38-47.
- Er Güneri, S. (2011). *İnfertil kadınların umut\umutsuzluk durumlarının öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre incelenmesi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, İzmir.
- Erbil, N., Bostan, Ö., Kahraman, A. N. (2010). İnfertil kadın ve erkeklerde umutsuzluk. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 20(4), 228-235.

- Eren Bodur, N., Coşar, B., Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Dergisi*, 38(1), 51-62.
- Etişken Ayatlı, E. D., Bayraktar, S. (2017). İnfertil bireylerde travma sonrası gelişimi etkileyen faktörlerin incelenmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(4), 1216-1232.
- Faramarzi M., Pasha H., Esmailzadeh S., Kheirkhah F., Hajian-Tilaki K., Salmalian H. A (2014). Survey of correlation infertility self-efficacy with behavioral health scales in infertile women, *Published Online, Health*, 6, 943-949
- Ferraresi, RS., AS Lara, L., FS de Sa, M., M Reis, R., CJS Rosa e Silva, A. (2013). Current research on how infertility affects the sexuality of men and women. *Recent Patents On Endocrine, Metabolic & Immune Drug Discovery*, 7(3), 198-202.
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652-669.
- Göcek Yorulmaz, E. G., Tekinsav Sütcü, (2016). İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: sistematik gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 144-156.
- Gölbaşı Z., Tuğut N., Şentürk Erenel A., Eroğlu K. (2014). Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 1-10.
- Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E. G., Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 166-176.
- Hasanpoor-Azyghdy SB., Simbar M., Vedadhir A. (2014). The emotional–psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: result of a qualitative study, *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 12(2), 131–138.
- Hoşgör, H., Akyüz, İ., Cengiz, E. (2017). İnfertil hastaların tüp bebek tedavisini bırakmasında etkili olan faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi: bir AHP uygulaması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(19), 64-84.
- Huyghe, E., Bonal, M., Daudin, M., Droupy, S. (2013). Sexual dysfunctions and infertility. *Progres en urologie: journal de l'Association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie*, 23(9), 745-751.
- İlerisoy, M. (2015). İnfertilite tedavisi gören bireylerin duygusal yaşantıları ve baş etme yöntemleri üzerine bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 14(28), 143-164.
- Karaca, A., Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 80-85.

- Kargın M. 2009, *İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- Kargın M., Ünal, S. (2011). İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi. *Yeni Sempozyum*. 49(1), 54-60.
- Karimi FZ., Taghipour A., Roudsari RL., Kimiaei SA., Mazlom SM., Amirian M. (2015). Cognitive emotional consequences of male infertility in their female partners: a qualitative content analysis, *Electron Physician*. 7(7), 1449–1457.
- Keskin, G., Babacan Gümüş, A. (2014). İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(1), 9-16.
- Keskin, G., Bilge A., Akmeşe Baykal, Z., Karaca Saydam, B. (2012). İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon, umutsuzluk ve evlilik uyumlarındaki değişimin değerlendirilmesi. *Sted Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 21(2), 53-60.
- Kılıç, M., Ejder A., Kızılkaya Beji, N. (2011). İnfertilite ve kültür. *İ.U.F.N. Hemşire Dergisi*, 19(2), 109-115.
- Kırca, N. (2011). *İnfertilite tedavisinde başarılı olmuş kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunların değerlendirilmesi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Kırca, N., Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 5(2), 162-178.
- Kırço Çoban, T., Dinç, A. (2013). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. *International Journal of Clinical Research*, 1(2), 46-53.
- Koç E., Kızılkaya Beji, N. (2016). Başarılı infertilite tedavisi sonrası gebelerin yaşadığı problemler ve danışmanlık. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 201-206.
- Koçak, D. Y., Duman, N. B. (2016). İnfertilitenin Psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3), 7-13.
- Koçyiğit, O. T. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1), 27-37.
- Kohan, S., Ghasemi, Z., Beigi, M. (2015). Exploring infertile women's experiences about sexual life: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(1), 34-39
- Küçükdurmaz, F., Taşkiran, M. (2015). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlar (tanı ve tedavi aşamalarında), üroloji kliniği. *Nizip Devlet Hastanesi, Gaziantep Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*, 8(3), 52-57.

- Küçükdurmaz, F., Taşkiran, M., Akbulut, M. F., Gökçe, A. Erkek infertilitesi ve cinsel fonksiyon ilişkisi, https://www.researchgate.net/profile/Faruk_Kucukdurmaz/publication/290982378_Erkek_infertilitesi_ve_cinsel_fonksiyon_iliskisi/links/569d05f908ae27633ac97cbd.pdf (E.T. 15.04.2018)
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(48), 1-9.
- Lee TY., Sun GH., Chao SC.(2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 16(8), 1762-1767.
- Luk BHK., Loke AY. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples, A Systematic Review, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 610-625.
- Millheiser LS., Helmer AE., Quintero RB., Westphal LM., Milki AA., Lath, RB. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study, *American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc.* 94(6), 2022-2025.
- Moghadam, M. H. B., Aminian, A. H., Abdoli, A. M., Seighal, N., Falahzadeh, H., Ghasemi, N. (2011). Evaluation of the general health of the infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 9(4), 309-314.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130.
- Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., Mulhall, J. P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *The journal of sexual medicine*, 5(8), 1907-1914.
- Newton CR, Sherrard W, Glavac I. (1998). The Fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, 69, 1026-1033
- Oğuz, H. D. (2004). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri*, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Ozan, Y. D., Okumuş, H. (2013). Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 16(3), 190-198.
- Özkan, İ. A. (2012). *Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin infertil kadınların, infertiliteden etkilenme durumlarına, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.

- Öztürk, S. (2017). *İnfertil olan ve olmayan kadınlarda cinsel fonksiyonlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişki*, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Palha, A. P., Lourenço, M. F. (2011). Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. In *Sexual Dysfunction: Beyond the Brain-Body Connection*, 31, 164-183.
- Partovi Meran, H. E. Kızılkaya Beji, N. (2016). İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. *Androloji Bülteni*, 18(64), 60–64.
- Pazarbaşı, H. İ. (2016). *İnfertilite ve Metilentetrahidrofolat Redüktaz Genotip İlişkisi*, Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Pinar G., Zeyneloğlu HB. (2012). Quality of Life, Anxiety and Depression in Turkish Women Prior to Receiving Assisted Reproductive Techniques. *Fertil Steril*, 6(1), 1-12.
- Reder, F., Fernandez, A., Ohl, J. (2009). Does sexuality still have a place for couples treated with assisted reproductive techniques?. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 38(5), 377-388.
- Rosen, R., Brown, C., Heinman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, et al, (2000). The Female Sexual Functions Index (FSF): A Multidimensional Self-report Instrument For The Assessment Female Sexual Function, *J Sex Marital Ther*, 26, 191-208.
- Sağol, S. (2015). *Ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon tedavisi planlanan infertil kadınların Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmesi*, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Edirne.
- Samadaee-Gelehkolae, K., McCarthy, B. W., Khalilian, A., Hamzehgardeshi, Z., Peyvandi, S., Elyasi, F., Shahidi, M. (2016). Factors associated with marital satisfaction in infertile couple: A comprehensive literature review. *Global Journal of Health Science*, 8(5), 96-109.
- Sari, T. (2014). *Öznelik kapasitesi bağlamında biyolojik annelik: üremeye yardımcı teknolojileri kullanan kadınların deneyimleri*, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Aydın.
- Sezgin, H., Hocoğlu, Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 6(2), 165-184.
- Sis Çelik, A. (2018) İnfertil kadınlarda cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesinin belirlenmesi, <http://hdl.handle.net/123456789/2850> (E.T. 05.09.2019)
- Şen, E., Bulut, S., Şirin, A. (2014). Primer infertil çiftlerde eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1), 17-24.
- Tanha, F. D., Mohseni, M., Ghajarzadeh, M. (2014). Birincil ve ikincil infertil kadınlarda cinsel işlevin kontrol grubu ile karşılaştırılması. *Int J Impot Res*, 26, 132-134.
- Tao, P., Coates, R., Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *The Australasian medical journal*, 4(11), 620-627.

- Tashbulatova D. (2007). *İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Adana.
- Tashbulatova, D., Arıdoğan, İ. A., İzol, V., Şeydaoğlu, G., Ürünsak, İ. F., Doran, Ş. (2013). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 33(1), 91-97.
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O., Yücesoy, F. (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu, *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, (J Turk Obstet Gynecol Soc)*, 5(2), 105-110.
- Topçu, H. O., Evliyaoğlu, Ö., Şahin, Y. (2017). Temel İnfertilite Araştırmaları Nasıl Olmalıdır?. *TJRMS*, 1(2), 104-111.
- Tugut, N., Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 177-180.
- Tural, G. N. (2017). *Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Turan, V., Kopuz, A., Özcan A. (2014). İnfertil Türk kadınlarında seksüel disfonksiyon: Sıklığı ve risk faktörleri. *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, 182, 128–131.
- Uğur, A. S. (2014). *İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisi*, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Uyar, B. (2015). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi*, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Üner, E. (2017). *İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyi ve algıladıkları aile desteğinin belirlenmesi*, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Valsangkar S., Bodhare T., Bele S., Sai S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women, *J Hum Reprod Sci*. 4(2), 80-85.
- Winkelman WD, Katz PP, Smith JF, Rowen TS. (2016). The Sexual Impact of Infertility among women seeking fertility care, *Sex Med*, 4, 190-197
- Wischmann T. (2013). Sexual disorders in infertile couples: an update, *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 25(3), 220–222.
- Wischmann, T. H. (2010). Couples'sexual dysfunctions: sexual disorders in infertile couples. *The journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1868-1876.

- Yanikkerem, E., Kavlak, O., Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 112-121.
- Yassa, M. (2016). *Primer ve sekonder infertil çiftlerde anksiyete ve depresyon ölçeklerinin karşılaştırılması*, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul.
- Yılmaz, T., Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *HSP*, 2(1), 100-112.
- Yorulmaz, E. G., Sütcü, S. T. (2016). İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: sistematik gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 144-156.
- Yumru, A. E., Öndeş, B. (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi, *JAREM*, 1, 57-60.
- Zeren, F. (2016). *İnfertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Eskişehir.

EKLER

Ek I. BİREYSEL ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız
2. Eşinizin yaşı
3. Eğitim durumunuz?
Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu ()
Üniversite mezunu ()
4. Eşinizin eğitim durumu? Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu ()
Lise mezunu () Üniversite mezunu ()
5. Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()
6. Eşiniz çalışıyor mu? Evet () Hayır ()
7. Çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz?
8. Eşiniz ne iş yapıyor?
9. Gelir düzeyiniz nedir? Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()
10. Sosyal güvenceniz? Var () Yok ()
11. Şu an yaşadığınız yer? İl () İlçe kasaba () Köy/kasaba ()
10. Aile tipi? Çekirdek () Geniş ()
11. Akraba evliliği var mı? Evet () Hayır ()
12. Kaç yaşında evlendiniz?
13. Kaç yıldır evlisiniz?
14. Sigara içiyor musunuz? Evet () sayısı Hayır ()
15. Alkol kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()
16. Tanısı konmuş fiziksel bir hastalığınız var mı? Evet ise açıklayınız.....
Hayır ()
17. Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı? Evet ise açıklayınız...
Hayır ()

Obstetrik Öykü

18. Gebelik sayısı?
19. Kürtaj sayısı?
20. Doğum sayısı?
21. Ölü doğum sayısı?
22. Düşük sayısı?
23. Yaşayan çocuk sayısı?

İnfertilite ve Cinsel Yaşara Öyküsü

24. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istiyorsunuz?
25. Çocuk sahibi olmak için ne kadar süredir tedavi oluyorsunuz?
26. İnfertilite nedeni: Kadın kaynaklı () Erkek kaynaklı ()
Hem kadın hem erkek kaynaklı () Nedeni Bilinmeyen ()
27. Daha önce infertilite tedavisi aldınız mı? Evet () Hayır ()
28. Hangi tedavileri aldınız?....
29. Başarısız sonuçlanan tedaviniz oldu mu? Evet (), kaç kez.....Hayır ()
30. Şu anda hangi tedavi sürecindedesiniz?
31. Çocuk sahibi olmamanız cinsel yaşamınızı etkiledi mi ? Evet (), açıklayınız
Hayır ()
32. İnfertilite tedavisi sürecinde cinsel yaşamınızda sorun oldu mu?
() Evet, açıklayınız ()Hayır
33. Bu süreçte cinsel yaşamınıza ilgili yaşadığınız sorunlara yönelik sağlık personelinin yardım
bilgi aldınız mı?
() Evet, kimden () Hayır

Ek II. BECK UMUTSUZLUK ENVANTERİ (BUE)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu (X) işaretleyiniz.

	Sorular	Evet	Hayır
1	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3	İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7	Geleceğimi karanlık görüyorum		
8	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9	İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11	Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13	Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum		
14	İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15	Geleceğe büyük inancım var		
16	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur		
17	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor		
19	Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum		
20	İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

Ek III. KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI)

Aşağıdaki sorulara durumunuzu en net açıklayan şekilde cevap vermeniz, size yardım şansımızı artıracaktır. Her soruyu şıklardan birinin yanındaki kutuyu işaretleyerek cevaplayın. Hangi cevabı işaretleyeceğiniz konusunda kararsız kalırsanız size en uygun gelen cevabı işaretleyin. Bu ankete verilen cevaplar yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirilecektir.

1. Son 4 hafta içinde ne sıklıkta cinsel istek veya ilgi duyduunuz?

- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım.
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılacağınızdan ne kadar emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az veya hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım.
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vaginanız ne sıklıkta ıslandı (kayganlaştı)?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vaginanızın ıslanmasında

(kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Çok zor veya imkânsızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını (kayganlığını) ne sıklıkta koruyabildiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar vaginanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Çok zor veya imkânsızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

11. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm oldunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin

için ne kadar zordu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Çok çok zor veya imkânsızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz veya eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

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

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

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

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

17. Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)

- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çogu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı veya rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmamıştım
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

Ek IV. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN

1= Tamamen katılıyorum

2= Büyük ölçüde katılıyorum

3= Kısmen katılıyorum

4= Kısmen katılmıyorum

5= Büyük ölçüde katılmıyorum

6= Hiç katılmıyorum

	1	2	3	4	5	6
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli / zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						
10. Cinsel yaşamımın geleceği baklанда endişeleniyorum						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum						
14. Cinsel ilişkiden kaçmıyorum						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum						

Ek V. Anket Uygulama İzin Formu



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 43416713/044
Konu : Anket

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 09.01.2018 tarihli ve E. 278310 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Durak BACANAK'ın; "İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Umutsuzluk Düzeyi arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını ilimiz Doğu Fertil Tüp Bebek Merkezinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Recep BENTLİ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
İlgi Yazı

İnönü Cad. Hamidiye Mah. No:5 Battalgazi/MALATYA

Faks No:9 (422) 323 27 16

e-Posta:ayse.ozcan@sağlık.gov.tr İnt.Adresi: ayse.ozcan@sağlık.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 08a862b-3197-49d1-9c4f-3dc99b8c6b62 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Ayşe ÖZCAN

Uyru: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:

Ek VI. Etik Kurul Raporu (1)

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Infertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunlar ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Zehra Gölbaşı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkan Vekili
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Recai Zan
İmza:



Ek VI. Etik Kurulu Raporu (2)

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite tedavisi alan kadınlarda cinsel sorunlar ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKÖLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	ŞİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BÜÇÜLERİ	Karar No: 2017-07/10	Tarih: 26.07.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dosyası ile ilgili belgeler araştırılmış/algılanmış geç-çe, amaç, yaklaşımlar ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunan/ uygun olmayan/algılanmış başvuruya dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üyeleri tarafından yazılı olarak karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Doç. Dr. Yakın Karagöz	Sıgnal Yöntemleri	Cumhuriyet Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Atay	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Yrd. Doç. Dr. Recai Zan	Endokrinoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Yrd. Doç. Dr. Ergül Altınkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İmza

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkan Vekili
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Recai Zan
İmza: 

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Durak BACANAK
Doğum Yeri ve Tarihi	Yozgat-1981
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yeşilyurt / Malatya
E-posta Adresi	durakbacanak44@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Mersin Gazi Lisesi, 1998
Lisans	Kafkas Üniversitesi, 2003
Yüksek Lisans	Sivas Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015
Unvan	Sağlık Memuru

İş Tecrübesi

Sağlık Bakanlığı	Sağlık Memuru 2004- Devam ediyor.
------------------	-----------------------------------