



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNERTİLİTENİN EŞLERİN EVLİLİK VE CİNSEL
UYUMLARINA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tuba AKTEPE

Çorum 2019

İN FERTİLİ TENİN EŞLERİN EVLİLİK VE CİNSEL UYUMLARINA ETKİSİ

Tuba AKTEPE

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

Eş Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN

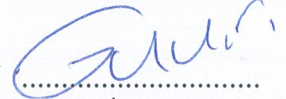
Çorum 2019

KABUL VE ONAY

HİTÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 160310006 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba AKTEPE, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "İNFERİLİTENİN EŞLERİN EVLİLİK VE CİNSEL UYUMALARINA ETKİSİ" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

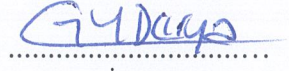
Savunma Tarihi : 20 Haziran 2019

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN
Hitit Üniversitesi


.....
İmza

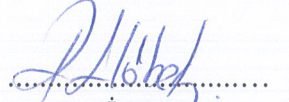
Jüri
Üyeleri:

Dr. Öğr. Üyesi Derya Yüksel KOÇAK
Hitit Üniversitesi

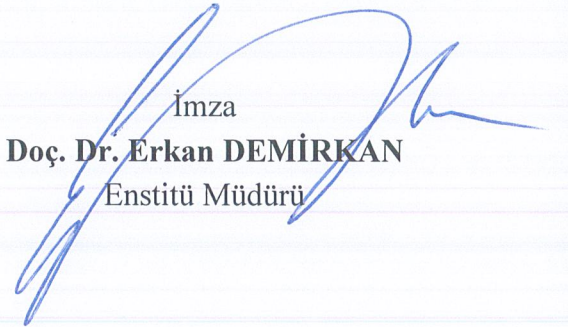

.....
İmza

Jüri
Üyeleri:

Dr. Öğr. Üyesi Rukiye HÖBEK AKARSU
Yozgat Bozok Üniversitesi


.....
İmza

İmza
Doç. Dr. Erkan DEMİRKAN
Enstitü Müdürü



ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “İnfertilitenin Eşlerin Evlilik ve Cinsel Uyumalarına Etkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma / araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

20 Haziran 2019
Tuba AKTEPE



ÖN SÖZ

Üniversite hayatım boyunca emekleriyle eğitim hayatıma yön veren ve lisansüstü eğitimime başlamamdan tez çalışmamın tüm aşamalarında beni destekleyen, engin bilgileri ve pozitif enerjisiyle eğitim serüvenime ışık tutan güler yüzü ve sabrına hayran kaldığım çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN'a,

Lisansüstü eğitim dönemimde önemli katkılarından dolayı değerli eş danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN'a,

Lisans dönemim boyunca eğitim hayatım ve kariyerime yönelik tüm katkı ve danışmanlıkları için Prof. Dr. Ömer BOSTANCI'ya, Dr. Öğr. Üyesi Derya YÜKSEL KOÇAK'a ve Dr. Öğr. Üyesi Emrah BİLGENER'e

Çalışmamın uygulama aşamasında bana gerekli yardımları sunan öncelikle Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ümit GÖRKEM'e, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Doç. Dr. Cihan TOĞRUL'a, HÜ Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde çalışan meslektaşlarım ve tüm sağlık profesyonellerine,

Her daim yanımda olan, sevgi ve emekleriyle yoluma ışık tutan beni destekleyen ve varlığını benden esirgemeyen aileme saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

20 Haziran 2019
Tuba AKTEPE

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	iii
ETİK BEYANNAMESİ	iv
ÖN SÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR ve SEMBOLLER	viii
ÇİZELGELER LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
ÖZET	xi
SUMMARY	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	4
1.2 Problemler	4
1.3 Hipotezler	4
1.4 Sınırlılıklar.....	4
1.5 Sayıtlar	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 İnfertilitenin Tanımı ve Sıklığı.....	6
2.2 Fertiliteye Etki Eden Faktörler.....	7
2.3 İnfertilitenin Nedenleri	8
2.3.1 Kadın kaynaklı infertilite	8
2.3.2 Erkek kaynaklı infertilite	10
2.3.3 İdiyopatik infertilite	11
2.4 İnfertilitenin Çiftlerin Evlilik ve Cinsel Uyumlarına Etkisi.....	12
2.4.1 İnfertilitenin çiftlerin evlilik uyumu üzerine etkisi	12
2.4.2 İnfertilitenin çiftlerin cinsel uyumları üzerine etkisi.....	13
2.4.3 İnfertilite sürecinde çiftlerin evlilik ve cinsel uyumlarını arttırmaya yönelik hemşirelik yaklaşımları	23
3. MATERYAL VE YÖNTEM	26
3.1 Araştırmanın Amacı ve Niteliği	26
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
3.4 Çalışmaya Katılma Konusunda Gönüllüler için Çalışmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri.....	27
3.5 Araştırmanın Değişkenleri	27
3.6 Verilerin Toplanması.....	28
3.7 Çalışma Takvimi	31
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.9 Araştırmanın Etiği	32
4. BULGULAR	33

4.1 Çiftlerin Bazı İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
4.2 İnfertil Çiftlerin Evlilik Uyumuna Yönelik Algılarına İlişkin Bulgular	36
4.3 Katılımcıların FSFI ve ACYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	38
4.4 Kadınların FSFI Ölçeği Puanlarının ve Erkeklerin ACYÖ Puanlarının Kesme Noktalarına İlişkin Bulgular	39
4.5 Çiftlerin Bazı Sosyodemografik ve İnfertilite Öyküsüne İlişkin Özelliklere Göre Evlilik Uyumunu, FSFI ve ACYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	40
4.6 FSFI, EUÖ ve ACYÖ Puan Ortalamalarının Kolerasyonlarının Dağılımına İlişkin Bulgular	46
5. TARTIŞMA	48
5.1 Kadınların EUÖ Puan Ortalamaları ile Katılımcıların Evlilik Uyumuna Yönelik Algılarına İlişkin Tartışma	48
5.2 Katılımcıların FSFI ve ACYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Tartışma	50
5.3 Çiftlerin Bazı Sosyodemografik ve İnfertilite Öyküsüne Göre EUÖ, FSFI ve ACYÖ Puanlarına İlişkin Tartışması	53
5.4 FSFI, EUÖ ve ACYÖ Puan Ortalamalarının Kolerasyonlarının Dağılımına İlişkin Tartışma	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	62
EKLER.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	93

KISALTMALAR ve SEMBOLLER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

AFUD: Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu

CETAD: Cinsel Eğitim Tedavi Ve Araştırma Derneği

CD: Cinsel Disfonksiyon

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

CS: Cinsel Sağlık

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı-5

DSM-IV-TR: Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayısal El Kitabı- IV

EUÖ: Evlilikte Uyum Ölçeği

EAU: Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzu

KCİÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

FSFI: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

GIFT: Gamet Intra Fallopian Transfer

HÜ: Hitit Üniversitesi

ICD-10: Ruh Ve Davranış Bozukluklarının Sınıflandırılması

IVF: İn Vitro Fertilizasyon

KBF: Kişisel Bilgi Formu

KCİB: Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu

TNSA: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması

YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri

WHO: World Health Organization

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: yanılma payı (t) değeri

r: Kolerasyon katsayısı

d: Olayın görülüş sıklığına yapılmak istenen \pm sapma

ÇİZELGELER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 2.1: Fertiliteye Etki Eden Faktörler.....	7
Çizelge 2.2: Kadına Ait İnfertilite Nedenleri ve Görülme Sıklığı.....	8
Çizelge 2.3: Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri ve Görülme Sıklığı.....	11
Çizelge 2.4: Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanılarının DSM-IV-TR ve DSM 5'e Göre Karşılaştırması.....	18
Çizelge 3.1: FSFI Puanlama Dağılımı.....	29
Çizelge 3.2: EUÖ Puanlama Dağılımı.....	31
Çizelge 3.3: Çalışma Takvimi.....	31
Çizelge 4.1: İnfertil Çiftlerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	33
Çizelge 4.2: Çiftlerin Toplam Aylık Gelir, Sağlık Güvencesi ve Tedavi Masraflarını Karşılama Durumuna Göre Dağılımları.....	34
Çizelge 4.3: Çiftlerin Evlilik ve Süresi ile Bazı İnfertilite Özelliklerine Göre Dağılımları.....	35
Çizelge 4.4: İnfertil Çiftlerin Tanısı ve Tedavi Sürecine İlişkin Dağılımları.....	36
Çizelge 4.5: İnfertil Çiftlerin Evlilik Uyumuna Yönelik Algılarına İlişkin Dağılımları.....	37
Çizelge 4.6: İnfertil Çiftlerin Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarına ve Kesme Noktalarına Göre Dağılımları.....	37
Çizelge 4.7: Kadınların FSFI Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.....	38
Çizelge 4.8: Erkeklerin ACYÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.....	39
Çizelge 4.9: Kadınların FSFI Ölçeği Puanlarının ve Erkeklerinin ACYÖ Puanlarının Kesme Noktalarına Göre Dağılımları.....	39
Çizelge 4.10: Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre FSFI ve EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	41
Çizelge 4.11: Erkeklerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre ACYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	43
Çizelge 4.12: Çiftlerin Evlilik ve Süresi ile Evlilik Uyumlarına İlişkin Algılarına Göre FSFI ve EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	44
Çizelge 4.13: İnfertilite Öyküsüne İlişkin Bazı Özelliklere Göre FSFI ve EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	46
Çizelge 4.14: Kadınların FSFI ve EUÖ Puanlarının Kolerasyon Dağılımları.....	46
Çizelge 4.15: Erkeklerin ACYÖ ve EUÖ Puanlarının Kolerasyon Dağılımları.....	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil4.1: Kadınların Yaş Gruplarına göre FSFI Ölçeği ve EUÖ Puanları.....	41
Şekil4.2: Kadınların Eğitim Durumlarına Göre FSFI Ölçeği ve EUÖ Puanları.....	42
Şekil4.3: Kadınların Mesleklerine Göre FSFI Ölçeği ve EUÖ Puanları...	42
Şekil4.4: Erkeklerin Eğitim Durumlarına Göre ACYÖ Puan Ortalamaları.	43
Şekil4.5: Erkeklerin ACYÖ ve EUÖ Puanlarının Kolerasyon Dağılımları.	47

İNFERTİLİTENİN EŞLERİN EVLİLİK VE CİNSEL UYUMLARINA ETKİSİ

ÖZET

AKTEPE, Tuba. İnfertilitenin Eşlerin Evlilik ve Cinsel uyumlarına Etkisi, (Yüksek Lisans Tezi), Çorum, 2019.

Bu araştırma, infertilite nedeniyle Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin eşlerin evlilik ve cinsel uyumlarına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne Kasım 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran infertilite tanısı almış 18-60 yaş arasında, en az 6 aylık infertilite tedavi öyküsü olan, evli, okuma yazma bilen, yaşamı tehdit edecek kronik bir hastalık öyküsü olmayan, infertilite tedavisi öncesinde psikiyatrik bir tanı almamış olan 130 çift oluşturmuştur. Veriler, Kişisel Bilgi Formu (KBF), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), erkeğe ilişkin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) ve Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman's rho kolerasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29,00±5,69'dur. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 31,65±5,70'dir. Kadınların EUÖ puan ortalaması 46,65±7,61 olup, bu ortalamaya göre %33,1'inin evlilik uyum düzeyi düşüktür. Kadınların FSFI toplam puan ortalaması, cinsel işlev bozukluğunu (CİB) gösteren 26,55 kesme puanının üzerindedir (37,78±15,28). Erkeklerde ACYÖ puan ortalaması CİB olduğu anlamına gelen >19 kesme puanının altındadır (13,28±4,96). Kadınların % 23,1'inde, erkelerin ise %14,6'sında CİB bulunmuştur. Kadınların meslek (p=0,003; p<0,001) ve eğitim durumu (p=0,002; p<0,05) ile FSFI puan ortalamaları; kadın yaşı ile EUÖ puan ortalamaları (p=0,021; p<0,05); erkek eğitim durumu ile ACYÖ puan ortalamaları (p=0,001; p<0,05); erkeklerin evlilik uyum algısı ile FSFI (p=0,020; p <0,05) ve EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0,05). Çiftlerin yaşları ile FSFI ve ACYÖ puan ortalamaları; eğitim durumları ile EUÖ puan ortalamaları; meslekleri ile EUÖ ve ACYÖ puan ortalamaları; infertilite nedenleri ve tedavi süresi ile FSFI ve EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0,05). Spearman's rho kolerasyon katsayısına göre, FSFI ile EUÖ arasında pozitif yönde (r=0,351; p=0,001), ACYÖ ile EUÖ arasında negatif yönde (r= -0,235; p=0,011) bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<0,05). Başka bir deyişle evlilik uyum düzeyinin çiftlerde CİB'e etkisinin olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada, infertil çiftlerde kadınlarda erkeklerden daha fazla CİB geliştiği ve evlilik uyumu arttıkça daha az cinsel sorun yaşandığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Cinsel yaşam, Evlilik uyum düzeyi, İnfertilite

THE EFFECT OF INFERTILITY WIVES ON SEXUAL DYSFUNCTION AND MARITAL HARMONY

SUMMARY

AKTEPE, Tuba. The Effect of Infertility Wives on Sexual Dysfunction and Marital Harmony, (Master Thesis), Çorum, 2019.

This study was conducted as a descriptive study to determine the effect of infertility on marriage and sexual adaptation of infertile couples who applied to the Reproductive Aid Center for infertility. The sample of the study was a married, literate, infertility, at least 6 month old patient with a history of infertility who was diagnosed with infertility between November 2017 and January 2018. The study included 130 couples who did not have a history of chronic disease to threaten and did not receive a psychiatric diagnosis prior to infertility treatment. Data were collected by Personal Information Form (CBF), Female Sexual Function Scale (FSFI), male Arizona Sexual Experiences Scale (ACSS), and Marital Adjustment Scale (ESS). Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman's rho correlation analysis were used to evaluate the data. The mean age of the women participating in the study was 29.00 ± 5.69 . The mean age of the spouses of the women was 31.65 ± 5.70 years. The mean score of FAD of women was $46,65 \pm 7,61$ and 33.1% of them had low marital adjustment level. The mean FSFI total score of women was above the cut-off score of 26.55 (37.78 ± 15.28), indicating sexual dysfunction (SD). In men, the mean ASAP score was below the cut-off score of > 19 , which means SD (13.28 ± 4.96). 23.1% of women and 14.6% of men had SD. FSFI mean scores of women ($p = 0.003$; $p < 0.001$), educational status ($p = 0.002$; $p < 0.05$); mean age and female mean scores of women ($p = 0.021$; $p < 0.05$); male educational status and mean ACSQ score ($p = 0.001$; $p < 0.05$); The relationship between males' perception of marital adjustment and FSFI ($p = 0,020$; $p < 0,05$) and mean scores of ESS was found to be statistically significant ($p < 0,05$). The ages of the couples and the mean FSFI and ASRS scores were; educational status and mean scores of ESS; professions and mean scores of ESS and ACSS; The relationship between the causes of infertility and duration of treatment and mean FSFI and ESS scores were found to be statistically insignificant ($p > 0.05$). According to Spearman's rho correlation coefficient, there was a positive correlation ($r = 0.351$; $p = 0.001$) between FSFI and ESS, and a negative correlation ($r = -0.235$; $p = 0.011$) between ACSS and PSS ($p < 0.05$). In other words, it was determined that marital adjustment level had an effect on couples' SD. As a result, in this study, infertile couples were found to have more SD in women than men and less sexual problems as marital adjustment increased.

Key Words: Infertility, Marital adjustment level, Sexual life

1. GİRİŞ

İnfertilite, en az bir yıllık sürede herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişki varlığına rağmen gebeliğin elde edilememesi şeklinde tanımlanır (“Wold Health Organisation” (WHO), 2019; Zegers-Hochschild ve diğerleri, 2017; Kavlak, 2015; Taşkın, 2016; Bayar, 2013). İnfertilitenin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl ortalama 80 milyon çifti etkilediği bildirilmektedir (Shindel, Nelson, Naughton, Ohebshalom ve Mulhall, 2008). İnfertilite dünya çapında ilk evlenme yaşında görülen artışla beraber sıklıkla karşılaşılan halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (B. Duman ve Koçak, 2016). DSÖ, infertilitenin üreme çağındaki çiftlerin %15’ini etkilemekte olduğunu bildirmektedir (“WHO”, 2017). Dünyada infertilite prevalansı %8-12 arasında olup, Türkiye’de bu oran %10-20 arasında değişmektedir (Khademi, Alleyassin, Amini, Ghaemi, 2008; Taşçı ve diğerleri, 2008). Dünyada yaklaşık olarak 72,4 milyon çiftin infertilite sorunu yaşadığı, ülkemizde ise yaklaşık 1,5 – 2,0 milyon kişinin infertilite sorunuyla karşı karşıya olduğu ve bu sayının giderek arttığı tahmin edilmektedir (“WHO”, 2019; Taşçı ve diğerleri, 2008).

Çiftlerin çocuk sahibi olamamasına neden olan infertilite tablosu aile ve toplumuda etkileyebilmektedir (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein ve Ganiats, 2004; Audu, 2002). Çocuk sahibi olmak tüm toplumlar açısından önem taşımakta olup evli çiftlerin neredeyse tamamı çocuk sahibi olmayı istemektedir (Çoban ve Dinç, 2013). Ülkemizde üreme yeteneği sıklıkla kadına ait bir görev gibi algılanmakta olup evli çiftlerin çocuksuz olması toplum tarafından yetersizlik olarak değerlendirilmektedir (Koçak ve B.Duman, 2016; Keskin ve Gümüş, 2014). Bu durum çiftlerin infertiliteye karşı tutumlarını olumsuz yönde etkileyerek tedaviye katılım ve uyumu zor hale getirebilmektedir (B.Duman ve Koçak, 2016). Çiftlerin her ikisi içinde, tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunlar taşıyan infertilite, emosyonel açıdan stresli, tedavi sürecinin getirdiği maddi zorluklar nedeniyle pahalı, tanı tedavi amacıyla gerçekleştirilen girişimler nedeniyle de fiziksel ve emosyonel olarak acı verici ve karmaşık olan yaşamsal krize neden olabilmektedir (Küçükdurmaz ve diğerleri;

Yanikkerem ve diğeri 2008; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Yaşam için tehdit içeren bir hastalık gibi sınıflandırılmasa bile bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Toplum içerisinde infertil kişilerin sayısı aynı zamanda o toplumun fertilitelerini etkilediği için ele alınması gereken önemli bir problemdir. Ülkemizde ve diğer pek çok toplumda infertiliteden çoğunlukla kadınlar sorumlu tutulduğu için erkeklerin tıbbi başvurusu geç, zor ve sınırlı düzeylerde kalmaktadır (NH.şahin, 2016). ocuk sahibi olamama kadınlarda, üreme yeteneğini kaybetme korkusu, benlik saygısında azalma, eksik ve yetersiz hissetme, sosyal güvence azlığı, izolasyon gibi anlamlar ifade etmektedir (Yanikkerem ve diğeri, 2008; Koçak ve B.Duman, 2016; şen ve diğeri, 2014; Sezgin ve Hocaoğlu, 2014). Erkeklerde ise, ‘‘doğurtamama’’, üremedeki rolünü yerine getirememeye, cinsel olarak yetersiz hissetme, neslinin devamını sağlayamama, sosyal güvence azlığı ve izolasyon gibi anlamlar ifade etmektedir (Yanikkerem ve diğeri, 2008; Koçak ve B.Duman, 2016; şen ve diğeri, 2014; Sezgin ve Hocaoğlu, 2014). İnfertilite kadın ve erkek için suçluluk hissetme, izolasyon, aile içinde hayal kırıklığı, eşlerin birbirini suçlaması gibi nedenlerle evlilik ve cinsel sorunları da beraberinde getirmektedir (Egeliöğlu-Cetişli ve diğeri, 2014).

Evlilik uyumu, farklı karakter ve yapıya sahip olan çiftlerin mutluluk, memnuniyet ve ortak hedeflere ulaşmak amacıyla birbirlerini tamamlamaları şeklinde ifade edilebilmektedir (şen ve diğeri, 2014). Çiftlerin infertilite durumuyla baş etme yöntemlerinin evlilik uyumunu etkilediği söylenilebilir (Bodur ve diğeri, 2013). Kadın ve erkek açısından, infertilite durumunu algılama, bu sorunla baş etme yöntemleri ve psikolojik olarak gösterdikleri tepki ve belirtilerin farklı olabileceği bildirilmektedir (Sezgin ve Hocaoğlu, 2014). İnfertil çiftlerin evlilik uyumlarının bazı değişkenler üzerine etkisine ilişkin yapılan çalışmada, evlilik uyum düzeyi arttıkça depresyon ve anksiyete tablosunun azaldığı ve sosyal destek varlığının evlilik uyumunu olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Bodur, oşar ve Erdem, 2013). Taşcı ve diğeri (2008), 144 infertil kadını dahil ettikleri çalışma sonuçlarına göre evlilik uyum ölçeği puan ortalamaları ile ocuk sahibi olmaya ilişkin çevreden baskı görme arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğunu bulunmuştur. Bir devlet hastanesinin infertilite kliniğine başvuran 112 primer infertilite tanılı kadının dahil edildiği başka bir çalışmada, kadınların çift uyumu ve cinsel doyumları arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Egeliöğlu – Cetişli, Serçekuş ve Oğuz, 2014). Primer infertil 134

kadının dahil edildiği bir çalışmada, şehirde yaşayan, çalışan, gelir durumu iyi olan ve evlilik yılı fazla olan kadınların eşler arası uyumunun daha fazla olduğunu gösterilmiştir (Şen, Bulut ve Şirin, 2014). Güleç ve diğerleri (2011), 220 infertil grup ve 110 kontrol grubundan oluşan infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumu üzerine etkine yönelik çalışmalarında, çift uyumuna ilişkin infertilite grubundaki hem erkek hemde kadınların, kontrol grubuna göre daha fazla sorun yaşadığını saptamışlardır. Literatürde infertilitenin evlilik uyumuna etkisi ile ilgili farklı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır. Bununla beraber aile ve sosyal destek varlığı, evlilik yılı fazlalığı gibi faktörlerin evlilik uyumunu olumlu yönde etkilediğine ilişkin bazı çalışmalar bulunmaktadır (Taşçı ve diğerleri, 2008; Güleç ve diğerleri, 2011; Bodur ve diğerleri, 2013; Şen ve diğerleri, 2014).

Türkiye’de cinsel disfonksiyon prevalansı %40-50 arasında olmakla birlikte literatürde yaş, eğitim, gelir düzeyi ve infertilite varlığı risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Küçükdurmaz ve Taşkiran, 2015). Türk kadınlarının cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksini (FSFI) kullanan Çayan ve diğerleri (2004), 179 kadını dahil ettikleri çalışma sonucunda cinsel disfonksiyon sıklığını %46,9 olarak belirtmişleridir. Bir üniversite hastanesinin tüp bebek kliniğine başvuran 150 çiftin dahil edildiği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) kullanılarak yapılan başka bir çalışmaya göre, kadınların %77’sinin, erkeklerin %23’ünün cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları bildirilmiştir (Çoban ve Dinç, 2013). İnfertil çiftler cinsel birlikteliği yalnızca çocuk sahibi olmak şeklinde algıladıkları için cinsel isteksizlik, cinsel doyumda azalma, orgazm olamama ve dispareni gibi cinsel problemleri sıklıkla yaşamaktadırlar (Drosdzol ve Skrzypulec, 2008; Monga ve diğerleri, 2004; Audu, 2002). Karlıdere ve diğerleri (2007), infertil 103 çift üzerinde yaptıkları çalışmada cinsel işlev profiline göre kadın ve erkeklerin tümünde iletişimsizlik, bedensel temasın erkekte, kaçınmanın ise kadında daha sık rastlanan cinsel ilişki sorunu olduğu belirtilmiştir. Yapılan bazı çalışmalar, infertil kadınların depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal sorunların yanı sıra cinsel işlev bozuklukları gibi sorunları da erkeklerden daha fazla yaşadıklarını göstermektedir (Monga ve diğerleri, 2004; Schmidt ve diğerleri, 2005; Çoban ve Dinç, 2013).

Literatür incelendiğinde, infertilitenin kadınların cinsel sorunlarına etkisine yönelik pek çok çalışma olduğu fakat bu çalışmanın evlilik uyumuna yansımaları ve erkek cinsel sağlığına etkilerine yönelik sınırlı çalışma olduğu

görülmektedir. Bu argümandan yola çıkarak tasarladığımız çalışmamızda infertilitenin eşlerin evlilik ve cinsel uyumlarına etkisinin saptanması amaçlanmaktadır.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma infertilite nedeniyle Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin eşlerin evlilik ve cinsel uyumlarına etkisinin tespit edilmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yürütülmüştür.

1.2 Problemler

- İnfertilitenin kadınların bazı sosyodemografik özelliklerinin kadınların cinsel işlev ve evlilik uyum düzeyine etkisi var mıdır?
- İnfertilitenin kadınların bazı infertiliteye ilişkin özelliklerinin kadınların cinsel işlev ve evlilik uyum düzeyine etkisi var mıdır?
- İnfertil kadınların CİB yaşaması, kadının evlilik uyum ve eşlerinin cinsel işlev düzeyi ile ilişkili midir?
- İnfertil kadınların evlilik uyum düzeyi, kadınların ve eşlerinin cinsel işlev düzeyi ile ilişkili midir ?
- İnfertil kadınların eşlerinin CİB yaşaması kadınların CİB yaşama durumu ve evlilik uyum düzeyi ile ilişkili midir?
- İnfertil kadınların ve eşlerinin cinsel işlev düzeyi kadınların evlilik uyum düzeyi ile ilişkili midir?

1.3 Hipotezler

- İnfertilite eşlerin evlilik uyumunu olumsuz etkileyebilir.
- İnfertilitenin eşlerin cinsel uyumlarına ilişkin olumlu yönde etkisi olabilir.
- İnfertilitenin eşlerin cinsel uyumlarına ilişkin olumsuz yönde etkisi olabilir.

1.4 Sınırlılıklar

- Araştırma sonuçları 18 yaş üzeri, en az 6 aylık infertilite tedavi öyküsü olan, Çorum il merkezinde yaşayan ve Erol Olçok Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuran 130 evli kadın ve eşleri ile sınırlıdır.

- Araştırma kapsamında değerlendirilen evlilik uyum düzeyi ve cinsel uyuma ilişkin veriler FSFI, ACYÖ ve EUÖ'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
- Araştırma kapsamında elde edilen veriler katılımcılara yöneltilen sorulara verdiği cevapların doğruluğu ile sınırlıdır.

1.5 Sayıtlar

- Araştırmamızda veri toplamada uygulanacak anketlerle katılımcı olan infertil çiftlerin içten ve doğru biçimde yanıtlayacakları varsayılmaktadır.
- Literatür taranarak oluşturulan anket formundaki sosyodemografik sorular ve kullanılacak ölçekler ile infertilitenin çiftlerin evlilik ve cinsel uyumlarına etkisini ortaya çıkaracak nitelikte olduğu varsayılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 İnfertilitenin Tanımı ve Sıklığı

İnfertilite, en az bir yıllık sürede herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadan düzenli cinsel ilişki varlığına rağmen gebeliğin elde edilememesi şeklinde tanımlanır (“WHO”, 2019; Zegers – Hochschild ve diğerleri, 2017; Taşkın, 2016 s. 647; Kavlak, 2015; Boyar, 2013). Çiftlerden kadın yaşının 35 yaş altı olduğu durumlarda doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın en az bir yıl, 35 yaş ve üzeri kadınlarda ise kontrasepsiyon olmadan 6 ay sonrası gebeliğin olmaması durumunda değerlendirme önerilmektedir (Verma ve diğerleri, 2015; Güleç ve diğerleri, 2011; Soto ve Copperman, 2011). Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişkide bulunan çiftlerde gebe kalma şansı ilk bir yıl sonrasında %84, 2 yıl sonrasında ise %92 olarak belirtilmiştir (Kan ve diğerleri, 2014; Wang ve diğerleri, 2003).

Primer İnfertilite, en az bir yıllık sürede herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin elde edilememesidir (Zegers Hochschild ve diğerleri, 2017; Taşkın L, 2016 s. 648; Soto ve Copperman, 2011).

Sekonder İnfertilite, çiftin bir önceki gebelikten yaşayan bir bebeği olmasına karşın, son bir yıllık sürede kontrasepsiyon yöntemi kullanmadan düzenli cinsel ilişkiye rağmen tekrar gebeliğin oluşmamasıdır (Zegers – Hochschild ve diğerleri, 2017; Taşkın L, 2016 s. 648; Soto ve Copperman, 2011). Dünyada en yaygın görülen kadın infertilitesi sekonder infertilite olarak bildirilmiştir (Vander ve Wyns, 2018).

Fertilite, çiftin bir yıldan kısa sürede canlı doğumla sonuçlanan gebelik öyküsü olmasıdır (Zegers – Hochschild ve diğerleri, 2017; Kavlak, 2015).

Subfertilite, çiftlerden birine veya her ikisine de ait fertilite sorunu nedeniyle çocuk sahibi olamamalarıdır (Vander ve Wyns, 2018; Zegers – Hochschild ve diğerleri, 2017; Kavlak, 2015).

Fekundabilite, menstrüel siklus döngüsünün bir periyodunda gebelik olma olasılığıdır (Kavlak, 2015; Kırço, 2009; Ulusal Hizmet Planlaması Rehberi, 2005).

DSÖ, infertilitenin üreme çağındaki çiftlerin %15'ini etkilemekte olduğunu bildirmektedir (“WHO”, 2017). İnfertilite prevalansı Amerika’da %15, Japonya’da ise %14 olduğu bildirilmektedir (Oltuluoğlu ve diğerleri, 2014). Güney Afrika, Kuzey Afrika, Orta Doğu, Orta ve Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde infertilite prevalansının %30’a kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (Vander ve Wyns, 2018). 2010 yılında yapılan ulusal sağlık araştırmasında, dünya çapında kadınların %10,5’inde sekonder infertilite, %2’sinde ise primer infertilite görüldüğünü tespit etmiştir (Hodin, 2017). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların prevalansının yüksek olduğu gelişmiş ülkelerde sekonder infertilite oranının da yüksek olduğu bildirilmektedir (Ulusal Hizmet Planlaması Rehberi, 2005). Dünyada infertilite prevalansı %8-12 arasında olup, Türkiye’de bu oran %10-20 arasında değişmektedir (Taşcı ve diğerleri, 2008). Dünyada yaklaşık olarak 72,4 milyon çiftin infertilite sorunu yaşadığı, ülkemizde ise yaklaşık 1,5 – 2,0 milyon kişinin infertilite sorunuyla karşı karşıya olduğu ve bu sayının giderek arttığı tahmin edilmektedir (“WHO”, 2019; Taşcı ve diğerleri, 2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2013) verilerine göre, 15-49 yaş arası evli kadınların %11,2’si çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını ifade etmiştir.

2.2 Fertiliteye Etki Eden Faktörler

Fertilite üzerine etki eden faktörler Çizelge 2.1.’de belirtilmiştir (Kavlak, 2015; Kırca ve Pasinoğlu, 2013; Ulusal Hizmet Planlaması Rehberi, 2005).

Çizelge 2.1: Fertiliteye Etki Eden Faktörler.

Faktörler	Fertilite Üzerine Etkisi
Yaş	Kadınlarda 30 erkeklerde ise 40 yaşından sonra fertilite hızı düşmektedir.
Cinsel Birliktelik Sayısı ve Zamanlama	Gebelik için haftada en az dört kez cinsel ilişki önerilir. Gebelik şansı ovulasyon dönemindeki üç günde oldukça yüksektir.
Vücut Ağırlığı	Aşırı kilolu veya aşırı zayıf olma overlere olumsuz etki yaratır.
Sigara, Alkol, Kafein ve Uyuşturucu Kullanımı	Sigara her iki cinsiyetinde üreme yeteneğine olumsuz etki yapar. Alkol embriyo üzerine toksik etki yaratır. Kafein, uterusu kan akımını yavaşlatır. Uyuşturucu, testesteron düzeyini, sperm canlılığını olumsuz yönde etkiler.

Çizelge 2.1 (devam): Fertiliteye etki eden faktörler.

Çevresel Etmenler	Zararlı ajanlar kadınlarda gebe kalma şansını azaltır. Radyasyon erkeklerde spermatogenez üzerine olumsuz etki yapar.
Psikolojik etmenler	Stres, izolasyon, suçluluk, hayal kırıklığı fertilitiyi olumsuz etkilemektedir.
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	CYBE fertilitiyi olumsuz yönde etkiler.
Bazı İlaçların Kullanımı	Antihipertansif ve tranklizanlar gibi ilaçlar erkekte empotansa neden olabilir.

2.3 İnfertilitenin Nedenleri

İnfertilite nedenleri 3 başlıkta sınıflandırılmaktadır (Kan ve diğerleri, 2014; Algül, 2013; Haliloğlu ve diğerleri, 2013; Yumru ve Öndeş, 2011).

1. Kadın Kaynaklı İnfertilite (%45-50)
2. Erkek Kaynaklı İnfertilite (%30-40)
3. İdiyopatik İnfertilite (%22-28)

Fransa’da infertilite prevalansı ve nedenlerini tespit etmek için 1686 çiftin dahil edildiği bir çalışmada, infertilitenin %39’unun hem kadın hem de erkek kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Yalnızca kadın kaynaklı vakalar üçte birlik kısmı oluştururken erkek kaynaklı vakalar beşte birlik kısmı oluşturduğu bildirilmiştir. Kadın ait infertilite nedenleri arasında ise ovulasyon bozukluğu (%32) ve tubal bozuklukların (%26) sık görüldüğü tespit edilmiştir. Aynı çalışmada açıklanamayan infertilite oranı %8 olarak bildirilmiştir (Thonneau ve diğerleri, 1991).

2.3.1 Kadın kaynaklı infertilite

İnfertil çiftlerin %30-40’ında sorun erkekte, %40-50’sinde kadında ve %20-25’inde ise her iki cinsiyet de bulunmaktadır. Çiftlerin yaklaşık %15’inin infertilite nedeni ise idiyopatiktir. Kadına ait infertilite nedenleri ve görülme sıklığı Çizelge 2.2’de belirtilmiştir (Yumru ve Öndeş, 2011).

Çizelge 2.2: Kadına Ait İnfertilite Nedenleri ve Görülme Sıklığı.

Kadına Ait Nedenler	Görülme sıklığı
Ovulatuvar disfonksiyon	%40
Tubal ve pelvik patolojiler	%40
Uterin ve servikal patolojiler	%10
Açıklanamayan İnfertilite	%10

En sık saptanan kadına ait infertilite nedenleri ve görülme sıklığı aşağıdaki gibidir (Harris – Glocker ve McLaren, 2013):

- Yumurtlama bozuklukları (% 25)
- Endometriozis (% 15)
- Pelvik adezyonlar (% 12)
- Tüp tıkanması (% 11)
- Diğer tubal anormallikler (% 11)
- Hiperprolaktinemi (% 7)

Vulva ve Vajene Ait Sorunlar: Vulva ve vajenin anatomik bozuklukları cinsel birlikteliğe engel oluşturmakta olup spermin vajene geçişini önlemektedir. Disparoni ve vajinismus vakaları da koitusu ve sıklığını olumsuz etkilediği için infertilite nedeni olarak sayılabilmektedir (Kavlak, 2015).

Servikal Sorunlar: İnfertilitenin %3,1'inden sorumludur. Spermin canlı kalması ve hareket halinde olup ovulasyonun gerçekleşmesi için servikal mukusun salgılanması gerekir. Servikal mukus salgısında meydana gelen bozukluklar ve servikse ait herhangi bir anatomik bozukluk infertiliteye neden olur (Taşkın, 2016 s. 648; Kavlak, 2015).

Uterusa Ait Sorunlar: Uterus malformasyonları, uterus hipoplazisi, miyomlar, polipler, endometritler ve endometriozis gibi uterusa ait yapı ve anatomik bozukluklar infertiliteye neden olabilmektedir (Kavlak, 2015).

Tubalara Ait Sorunlar: İnfertilite nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturur. Pelvise ait inflamatuvar hastalıklar, CYBE, tubal tıkanıklıklar ve tüp motilitesinde ortaya çıkan bozukluklar infertiliteye neden olabilmektedir (Taşkın, 2016; Kavlak, 2015).

Overlere ve Hormonal Aktiviteye Bağlı Sorunlar: Hipofiz, troid, adrenal glandlar veya overlerden kaynaklı yetersizlik tablosu infertiliteye neden olabilir (Taşkın, 2016).

2.3.2 Erkek kaynaklı infertilite

İnfertil çiftlerin yaklaşık %30-40'ında sorun erkek kaynaklıdır (Yumru ve Öndeş, 2011). Erkeğe ait nedenlerden kaynaklanan infertilite tablosunda ilk olarak nedenin saptanması gerekir. Buna yönelik detaylı anamnez alınmalı ve klinik muayenesi yapılmalıdır (Algül, 2013). DSÖ'nün infertil çiftin standartlaştırılmış araştırması ve teşhisi için el kitabı 1993 yılında erkeğe ait infertilite nedenlerini:

- 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 şeklinde sıralamıştır ("WHO", 2019).

Çizelge 2.3'de erkeğe ait infertilite nedenleri ve görülme sıklığı belirtilmiştir (Yumru ve Öndeş, 2011).

Çizelge 2.3: Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri ve Görülme Sıklığı.

Erkeğe Ait Nedenler	Görülme Sıklığı (%)
Cinsel nedenler	1,7
Ürogenital enfeksiyonlar	6,6
Konjenital anomaliler	2,1
Varikosel	12,3
Endokrin bozukluklar	0,6
İmmünolojik faktörler	3,1
Diğer hastalıklar	3,0
İdiyopatik semen bozuklukları (OAT) sendromu) veya bir neden yokluğu	75,1

Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzu'na (EAU) göre erkek fertilitesinde azalma, doğuştan veya edinilmiş ürogenital anormallikler, maligniteler, ürogenital sistem enfeksiyonları, artan skrotal sıcaklık, endokrin bozuklukları, genetik anormallikler, immünolojik faktörlerden kaynaklanabilmektedir (Dohle ve diğerleri, 2005). Erkek infertilitesinin %60-75'i idiyopatik olup, kronik stres, çevresel etmenlere bağlı endokrin bozukluklar ve genetik bozukluklar gibi faktörler neden olabilmektedir (Kavlak, 2015).

Sperm Üretimi, Hareketi ve Taşınmasına Yönelik Sorunlar: Semen 2-6 ml sinde 20 milyon veya daha az sperm olması, sperm üretiminde yetersizliği göstermektedir. Bu durum üzerine çevresel etmenler, mevcut enfeksiyon tabloları, varikosel, kriptorşidizm (inmemiş testis) olumsuz etki yapabilmektedir. Aynı zamanda çok sıkı olan çamaşırların kullanılması ve aşırı sıcakta bulunma da sperm üretimini olumsuz yönde etkileyebilir (Kavlak, 2015). Fertilizasyon için ejakülasyonla atılan spermelerin %60'ının hareketli olması gerekir. Sperm hareketini azaltan durumlar, testesteron düzeyinde azalma, enfeksiyon ve prostat hastalığıdır. Erkeklerde enfeksiyona bağlı tıkanıklık ve vas deferense ait sorunlar sperm taşınmasını olumsuz yönde etkileyebilir (Taşkın, 2016).

2.3.3 İdiyopatik infertilite

İdiyopatik infertilite, 12 ay boyunca herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin elde edilememesi sonucunda gerekli klinik muayene ve tetkiklerin yapılması sonucu herhangi bir patolojiye rastlanmaması şeklinde tanımlanır (Mutlu ve diğerleri, 2013). İdiyopatik infertilite

oranı %22-28 arasında olduğu bildirilmektedir (Kan ve diğerleri, 2014). İngitere’de yapılan bir çalışma infertilite kliniğine başvuran çiftlerin %21’inin 35 yaş altı, %26’sının ise 35 yaş üzerinde olup açıklanamayan infertilite tanısı aldığını bildirmiştir (Maheshwari ve diğerleri, 2008). İdiyopatik infertilite vakalarının çoğunda spontan gebelik oranı yüksektir (Taşkın, 2016).

2.4 İnfertilitenin Çiftlerin Evlilik ve Cinsel Uyumlarına Etkisi

2.4.1 İnfertilitenin çiftlerin evlilik uyumu üzerine etkisi

Evlilik açısından cinsellik, toplumlarda bolluk ve bereket olarak algılanmaktadır (Gülsün ve Bozkurt, 2009). İnsan neslinin devamlılığının biyolojik gereği olan cinsellik aynı zamanda çiftler arasında duygu ve düşünce paylaşımı ile bedensel yakınlaşmayı da barındıran temel bir ihtiyaçtır (Aydın ve Beji, 2013). İnfertilite eşlerin emosyonel durumlarını, evlilik ve cinsel birlikteliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (Şen ve diğerleri, 2014). Ülkemizde anne kelimesiyle eş anlamında kullanılan kadın kelimesi çocuk sahibi olan kadınlar için toplumsal bir statüyü ifade etmektedir. Çocuk sahibi olamayan kadın ise toplumsal bir satatü kaybı yaşadığını algılayarak kendisini yetersiz ve topluma karşı suçlu hissetmektedir (Durat ve diğerleri, 2018).Tüm toplumlarda infertilite durumu yaşamsal bir kriz olarak algılanır ve infertilite tablosuyla karşı karşıya kalan eşler hemen çözüm arayışına girer. İnfertilitenin tanı ve tedavi süreci uzun olup bu sürede çeşitli medikal girişimlerin yapılması gerekir. Aynı zamanda uygulanan yardımcı üreme tekniklerinin pahalı olması da eşleri ekonomik yönden zora sokmaktadır. Tüm bu faktörlerle birlikte eşlerde birbirini suçlama, stres ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla birlikte evlilik çatışmalarına neden olmaktadır. Uygulanan medikal tedaviden yanıt alamayan çiftler kimi zaman evlat edinerek sorunu çözmeye çalışsa da bu krizi aşamayan eşlerde durum boşanmayla sonuçlanabilir (Taşcı ve diğerleri, 2008).

Çiftlerin infertilite durumuyla baş etme yöntemlerinin evlilik uyumunu etkilediği söylenilebilir (Bodur ve diğerleri, 2013). Kadın ve erkek açısından, infertilite durumunu algılama, bu sorunla baş etme yöntemleri ve psikolojik olarak gösterdikleri tepki ve belirtilerin farklı olabileceği bildirilmektedir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). İnfertil çiftlerin evlilik uyumlarının bazı değişkenler üzerine etkisine ilişkin yapılan çalışmada, evlilik uyum düzeyi arttıkça depresyon ve

anksiyete tablosunun azaldığı ve sosyal destek varlığının evlilik uyumunu olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Bodur, Çoşar ve Erdem, 2013). Taşcı ve diğerlerinin (2008), 144 infertil kadını dahil ettikleri çalışma sonuçlarına göre evlilik uyum ölçeği puan ortalamaları ile çocuk sahibi olmaya ilişkin çevreden baskı görme arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğunu bulunmuştur. Bir devlet hastanesinin infertilite kliniğine başvuran 112 primer infertilite tanılı kadının dahil edildiği başka bir çalışmada, kadınların çift uyumu ve cinsel doyumları arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Egelioglu – Cetişli, Serçekuş ve Oğuz, 2014). Primer infertil 134 kadının dahil edildiği çalışmada (2014), şehirde yaşayan, çalışan, gelir durumu iyi olan ve evlilik yılı fazla olan kadınların eşler arası uyumunun daha fazla olduğunu gösterilmiştir (Şen, Bulut ve Şirin, 2014). Güleç ve diğerleri (2011), 220 infertil grup ve 110 kontrol grubundan oluşan infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumu üzerine etkiye yönelik çalışmalarında, çift uyumuna ilişkin infertilite grubundaki hem erkek hemde kadınların, kontrol grubuna göre daha fazla sorun yaşadığını saptamışlardır. Literatürde infertilitenin evlilik uyumuna etkisi ile ilgili farklı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır. Bununla beraber aile ve sosyal destek varlığı, evlilik yılı fazlalığı gibi faktörlerin evlilik uyumunu olumlu yönde etkilediğine ilişkin bazı çalışmalar bulunmaktadır (Taşcı ve diğerleri, 2008; Güleç ve diğerleri, 2011; Bodur ve diğerleri, 2013; Şen ve diğerleri, 2014).

2.4.2 İnfertilitenin çiftlerin cinsel uyumları üzerine etkisi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsel sağlık (CS), *yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, mental ve toplumsal yönden iyilik hali şeklinde tanımlanmıştır. Çeşitli nedenlerle mevcut iyilik halinin bozulmasıyla kişi istemesine rağmen cinsel ilişkiye girememesi isecinsel işlev bozukluğu (CİB) olarak tanımlanır. Cinsel sağlık; cinselliğe ve cinsel ilişkilere saygılı yaklaşımın yanında zorlama, ayrımcılık ve şiddet barındırmayan zevkli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olmayı gerektirir* (“WHO”, 2019).

Cinsellik, yaşamın doğal, sağlıklı ve elzem bir parçasıdır. İntrauterin dönemden başlayarak yaşam boyu devam eden süreçte bireyin biyolojik, fizyolojik, psikolojik özelliklerinden, içinde bulunduğu toplumun dini inanç, değer, tutum ve kanunlarından, ergenlik, gebelik ve menopoz gibi yaşam dönemlerinden etkilenecek şekilde şekillenir (Bozdemir ve Özcan, 2011; Aydın ve Beji, 2013; B. Duman, 2018). Kişinin sağlık durumu, çift uyumu, benlik kavramı ve daha önceki deneyimleri cinsel gelişim

sürecini etkilemektedir (Emine ve Oskay, 2015; Aydın ve Beji, 2013). Cinsellik ve cinsel sağlık toplumun her kesiminde genel sağlık, iyilik hali ve yaşam kalitesi yönüyle önemle karşılanmaktadır (Zeren ve Gürsoy, 2018). Fakat rahatça konuşulmaya kapalı, yasaklı konular olarak algılandığı için geçmişten günümüze cinsellik konusunda hala geleneksel tabular etkilidir (Gürsoy ve Gençalp, 2010). Bu geleneksel tabular nedeniyle de bireyler cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığı gibi kavramlar konusunda yetersiz, eksik ve yanlış bilgilere maruz kalmaktadır. Temel bir içgüdü olan cinselliğe yönelik bu tutucu bakış, bireylerin cinsellik konusunda yaşadıkları sorunları dile getirmeye ve çözüm bulma noktasında engeller oluşturmaktadır (Zeren ve Gürsoy, 2018). Cinsel sağlıkla ilgili sorunlar yaşayan bireyler yalnızca fiziksel yönden değil aynı zamanda ruhsal sağlık yönünden de etkilenmektedir. Bu durumda halkalar halinde aile ve toplum sağlığını da olumsuz etkileyebilmektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011).

İnfertilite, tanı ve tedavi sürecinin agresif ve zaman alması nedeniyle çiftlerin cinsel yaşamlarını, evlilik ilişkilerini, ekonomik ve psikososyal durumlarını olumsuz yönde etkileyerek çift uyumlarını zorlayan yaşam krizi oluşturabilmektedir (Koçak ve B.Duman, 2016; Oltuluoğlu ve diğerleri, 2014). Cinsellik yaşam boyunca birçok faktöre bağlı olarak gelişim ve değişim gösterir (Mete, 2015). Kadın cinselliğinin gelişiminde gebelik, doğum ve menapoz gibi fizyolojik evreler önemli rol oynamaktadır. Fakat infertilite gibi cinsel sağlık problemleri kadın cinselliğinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Gölbaşı ve diğerleri, 2014). İnfertilitenin tanı ve tedavi sürecinde kadınlar erkeklere göre daha fazla medikal uygulamaya maruz kalmakta olup mevcut durumdan kendilerini sorumlu tutmaları nedeniyle daha fazla stres yaşamaktadırlar. Bu durumda hem cinsel açıdan hem de emosyonel yönden kadını olumsuz etkilemektedir.

Tüm toplumlarda evlilikten genel beklenti çocuk sahibi olmaktır. Çocuk sahibi olamayan çiftler topluma karşı kendilerini sorumlu hissederek emosyonel yönden kendilerini yetersiz ve baskı altında hissederek. Bununla birlikte cinsel yönden de rahatsızlık yaratan infertilite tablosu çiftlerde cinsel birliktelikten kaçınma, duyulan zevk ve isteğin kaybolmasıyla cinsel işlev bozuklukları yaşamalarına neden olabilmektedir. İnfertilitenin tanı ve tedavi süreci kimi zaman aylar hatta çoğu zaman yıllar alabilmektedir. Bu süreçte eşlerin cinsel birliktelikleri tamamen gebelik elde etmeye yöneliktir. Eşler ovulasyon zamanını belirleyerek

özellikle bu dönemde cinsel birliktelikte bulunurlar. Ovulasyon dönemi dışındaki zamanlarda cinsel istek, cinsel birlikteliği başlatma gibi eylemler anlamsız bir hal alabilir ve eşler için cinsellik yalnızca üreme için yapılan bir eylem haline dönüşebilmektedir. Literatürde cinsellik ve infertiliteyi ilişkilendiren 4 başlığın olduğu görülmektedir (Aydın ve Beji, 2013).

1. Mevcut CİB sonrasında kadın ve erkekte infertilite tablosu
2. İnfertilite değerlendirilirken alınan anamnez, tanı için gerekli tetkikler, uygulanan agresif tedaviler nedeniyle cinsel işlevin olumsuz etkilenmesi
3. İnfertilitede cinsel birliktelikten kaçınma, cinsel ilgi, istek ve hazda azalma, yetersizlik, suçluluk gibi emosyonel nedenlerden dolayı ortaya çıkan stres ve depresyon
4. İnfertilitede psikolojik ve cinsel faktörlerin etkileşimi.

Erkek kaynaklı infertilitede erkeklerde CİB daha bariz olmasına karşın cinsel sorunlar kadınlarda daha sık görülmektedir (Kırço, 2009). Algül ve Aksu (2014) 55 kadın ve 54 erkeğin dahil edildiği çalışmalarında, infertil kadınların %82'sinde, erkeklerin ise %49,1'unda CİB olduğunu saptamıştır. Gürkan ve diğerleri (2009), yaptıkları çalışmada tüm infertilite tabloları içinde yaklaşık %5'lik oranla CİB'nun infertiliteye neden olduğunu bildirmiştir. İnfertil çiftlerde yetersiz cinsel birliktelik sıklıkla bildirilmesine rağmen cinsel işlev bozuklukları nadiren infertiliteye neden olmaktadır (Piva ve diğerleri, 2014). Mendonca ve diğerleri (2017), infertil kadınlarda CİB sıklığını değerlendirmeye yönelik yaptıkları sistematik derlemede, cinsel işlev bozukluğundaki artışın kadınlarda infertilite ile ilişki tespit etmişlerdir. Aynı çalışma kadınlarda en fazla etkilenen cinsel işlevin orgazm, lubrikasyon ve cinsel istek olduğunu bildirmişlerdir. Erkeklerde infertilite tanısı öncesi ve sonrası cinsel istek ve doyumdaki değişimin değerlendirilmesi üzerine yapılan bir çalışmada, erkeklerin %41,5'inin cinsel istekte, %52,5'inin ise cinsel doyumda azalma olduğu saptanmıştır (Ramezanzadeh ve diğerleri, 2006). Kızılay, Şahin ve Altay (2018), infertilitenin çiftlerin cinselliğine etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, erkek kaynaklı infertilitenin çiftlerde şiddetli cinsel işlev bozukluğu oluşturduğunu ve kadınlarda da erkeklerle orantılı biçimde artış gösterdiğini bildirmiştir. Literatürde görüldüğü üzere infertilite tablosu CİB'na daha sık neden olabilirken, CİB nadiren infertiliteye neden olmaktadır.

2.4.2.1 Cinsel işlev bozuklukları

Kadın cinsel işlev bozuklukları

Cinsel disfonksiyon, kadın ve erkekte cinsel tepki siklusunu oluşturan cinsel istek ve fizyolojisinde azalma veya bozulma ile karakterize biyopsikososyal bir sorundur (Karakoyunlu ve Öncel, 2009; Gölbaşı ve diğerleri, 2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM -5), cinsel işlev bozukluğu, kişinin cinsel davranış ya da cinsel haz yaşamaya yönelik tepki dürtüsünde klinik açıdan önemli bir sorun ile karakterize heterojen bozukluklar olarak tanımlanır (Thomas ve Thurston, 2016). Kadın cinsel işlev bozukluğu (KCİB), kadınlarda yaşam kalitesini, benlik saygısını ve bireyler arasındaki iletişim ve ilişkileri dahil olmak üzere bireyi olumsuz yönde etkileyerek cinsel tepki siklusunu oluşturan istek, uyarılma ve orgazmada azalma ve cinsel ağrı ile karakterize psikoseksüel bir hastalıktır (Nazik, 2018, s.30).

Literatür incelendiğinde, doksanlı yılların sonlarına kadar yapılan çalışmaların çoğunluğunun psikiyatrik hastalıklarla ilişkili cinsel sorunlara odaklandığı söylenilebilir (Kalmbach ve Pillai, 2014). Günümüzde ise cinselliğe yönelik yapılan araştırmalarda biyopsikososyal, nörolojik, hormonal faktörleri de kapsayan multifaktöriyel bir bakışın benimsendiği görülmektedir (Algül, 2013). Fakat ülkemizde toplumsal, sosyokültürel ve dini nedenlerle cinsel hayata cilişkin konular ayıplı ve yasaklı olarak görülüp soru sormaya ve konuşmaya kapalı konular olarak kalmaktadır (Nazik, 2018, s. 30). Bununla birlikte kadın cinselliği erkek cinselliği kadar toplumumuzda önemli kabul edilmediğinden altta yatan nedenler ve tedavi seçenekleri ayrıntılı bir biçimde oluşturulamamıştır (Keseroğlu ve diğerleri, 2018). Literatür incelendiğinde kadınların %30-60 gibi önemli bir çoğunluğunun hayatı boyunca enaz bir tane cinsellikle ilgili sorunla karşı karşıya kaldığı saptanmıştır (CETAD, 2007). Kadın cinsel işlev bozukluğu prevelansının %38-63 arasında olduğu bildirilmektedir (Geiss ve diğerleri, 2003). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan ulusal bir çalışmada kadınların %43' den fazlasının CİB yaşadığı bildirilmiştir. Aynı çalışma, CİB saptanan kadınların %22'sinde cinsel isteksizlik, %14'ünde uyarılma ve %7'sinde ise ağrı ile ilişkili sorunlar yaşadığını göstermektedir (Laumann ve diğerleri, 1999). Japonya'da yapılan bir çalışma, yaşın artmasıyla kadınlarda CİB prevelansının da arttığını göstermiştir (Hisasue ve

diğerleri, 2005). Çayan ve diğerleri (2004), ülkemizde KCİB prevelansını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların %46,9'unun CİB yaşadığını bildirmişlerdir. Türk kadınlarında yaşla birlikte CİB prevelansında arttığını saptamışlardır. Gölbaşı ve diğerleri (2014), evli kadınlarda CİB sıklığını tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada, jinekoloji kliniğine başvuran kadınların %78'inin CİB yaşadığını saptamışlardır. Kadınlarda CİB prevelansı yüksek olmasının rağmen kliniğe başvurmada çekimser olmaları nedeniyle genellikle tedavisiz kalmaktadır (Doğan S, 2011; Laumann ve diğerleri, 1999).

Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasında geçmişten günümüze birçok değişim olmuştur. Bununla beraber günümüzde kullanılmakta olan sınıflandırmanın temellerini 1970 yılında Master ve Johnson ve 1974 yılında ise Kaplan'ın yaptıkları çalışmalarla yeni boyutlar kazandırarak ortaya attıkları cinsel tepki siklusu oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 1992 yılında Ruh ve Davranış Bozukluklarının Sınıflandırılması (ICD – 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders) çatısı altında biyolojik faktör veya hastalıkların neden olmadığı cinsel işlev bozukluklarını;

- Cinsel istek eksikliği veya kaybı,
- Cinsel isteksizlik ve cinsel zevk eksikliği,
- Genital cevapta başarısızlık,
- Orgazm disfonksiyonu,
- Erken boşalma,
- Organik olmayan vajinismus,
- Organik olmayan disparoni ve
- Aşırı cinsel dürtü şeklinde sınıflandırmıştır (DSÖ, 1992).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı DSM- IV-TR (2001) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), cinsel işlev bozukluklarını istek, uyarılma, orgazm ve ağrı bozuklukları şeklinde sınıflandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001). Güncel sınıflandırma olan DMS 5 ile DSM-IV-TR arasında CİB sınıflandırması yönüyle değişiklikler bulunmaktadır. DSM-5 (2017) ise sınıflandırma yapılırken ilişkide ciddi sorunların varlığı ve bu duruma eşlik eden

kaygının söz konusu olduğu durumlar cinsel işlev bozukluğu olarak tanılanmamaktadır. Ayrıca DSM– IV- TR’de CİB kriterlerinde zamanla ilgili net bilgiler belirtilmezken DSM 5’de her CİB’ e yönelik ayrı ayrı süre belirtilmiştir (Kring ve diğerleri, 2017, s. 367).

Çizelge 2.4’de cinsel işlev bozukluklarının DSM – IV –TR ve DSM 5’e göre karşılaştırılması gösterilmiştir (Kring ve diğerleri, 2017, s. 366).

Çizelge 2.4: Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanılarının DSM-IV-TR ve DSM 5’e Göre Karşılaştırması.

	DSM-IV-TR Tanıları	DSM 5 Tanıları
İstek\Uyarılma Bozuklukları	Hipoaktif cinsel istek bozukluğu	Hipoaktif cinsel istek bozukluğu
	Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu	Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu
	Sertleşme bozukluğu	Sertleşme bozukluğu
	Cinsel isteksizlik problemi	Listeden kaldırılmıştır
Orgazm bozuklukları	Kadında orgazm bozukluğu	Kadında orgazm bozukluğu
	Erkeklerde orgazm problemi	Geç boşalma
	Erken boşalma	Erken boşalma
Cinsel ağrı bozuklukları	Disparoniya	Cinsel organlarda –pelviste ağrı\içe girme bozukluğu
	Vajinismus	

Cinsel istek bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları içerisinde kadınlarda en sık rastlanan cinsel istek bozukluğudur (İncesu, 2004). Genel popülasyonda kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülen cinsel istek bozukluğu kadınların %33’ünde görülmektedir (İncesu, 2004; Gereklioğlu ve diğerleri, 2010). Evlilikte ortaya çıkan sorunlar, partnerle uyumsuzluk, sosyal hayatta stres yaratan faktörler gibi psikolojik etmenlerin yanında hastalıklar, kullanılan ilaçlar, yaş, hormonal dengesizlikler gibi durumlar neden

olabilmektedir (Yaşar ve diğerleri, 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada infertil kadınlarda en fazla görülen cinsel sorunun cinsel istek ve uyarılma olduğunu bildirilmiştir (Millheiser, Helmer, Quintero, Westphal, Milki ve Lathi, 2010). B. Duman ve Koçak (2013), yaptıkları çalışmada infertil kadınlarda en fazla etkilenen cinsel fazın uyarılma olduğunu belirtmişlerdir.

Hipoaktif cinsel istek bozukluğu

Bu bozukluğun en spesifik özelliği, cinsel fantezi, cinsel dürtü ve istek azlığı yada hiç olmaması durumunun sürekliliği veya yineleyici olmasıdır (Butcher ve diğerleri, 2013). Cinsel problem yaşadığı gerekçesiyle kliniğe başvuran kadınlar arasında yapılan çalışmalarda Avrupa'daki kadınların %30-49'unun cinsel isteksizlik yaşadığı saptanmıştır. Ülkemizde ise bu oranın %8-15 arasında değiştiği bildirilmektedir (CETAD, 2007).

Kadınlarda cinsel ilgi / uyarılma bozukluğu

Bozukluğun başlıca özelliği, cinsel düşünceler, cinsel istek ve dürtülerde kalıcı eksikliklerin olmasıdır (Kring ve diğerleri, 2017). Bu bozuklukta kadınlarda uyarılma evresinde fizyolojik olarak gerçekleşmesi beklenen genital organların kanlanması artması, vajinada dolgunluk ve lubrikasyonun gerçekleşmemesidir (Nazik, 2018, s. 31). Kadınların %18,8'inde görülmektedir (Gereklioğlu ve diğerleri, 2010). DSM-5'te bu bozukluk için tanı kriterleri belirlenmiştir. Aşağıdaki maddelerden en az üçünün en az 6 ay veya daha fazla süredir azalması ya da olmaması:

- Cinsel aktiviteye olan ilgi
- Fanteziler
- Cinsel aktiviteyi başlatma ve partnerin başlatma isteğine cevap verme
- Cinsel birlikteliklerin %75'inde cinsel heyecan duyma\ tatmin olma
- Herhangi bir erotik ipucu durumunda cinsel ilgi\ uyarılmanın olması
- Cinsel birleşmelerin %75'inde genital veya genital olmayan hisler (Kring ve diğerleri, 2017, s. 369).

Kadınlarda orgazm bozukluğu

Normal bir cinsel uyarılmadan sonra orgazm yokluğu durumunun sürekliliği veya yineleyici olmasıdır (Butcher vd 2013). Yaşamı boyunca orgazm olamadığını belirten kadınların oranı %5-10'dur (Nazik, 2018, s.31).Yapılan bir araştırmada cinsel işlev bozukluğu nedeniyle kliniğe başvuran kadınların %%40-60'ının orgazm bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir (CETAD, 2007). DSM – 5' göre en az 6 aylık süre içerisinde cinsel birlikteliklerin %75'inde, orgazmın bariz derecede gecikmesi, azalması veya olmaması veya orgazm duyularının belirgin düzeyde şiddetinin azalması kriterinin değerlendirilmesiyle klinisyen tarafından tanı konur (Kring ve diğerleri, 2017, s. 370). Tayebi ve Ardakani (2009)'nin, infertil kadınlarda CİB insidansına yönelik yaptıkları çalışmada anorgazminin (%83,7) infertil kadınlarda en fazla görülen CİB olduğunu bildirmişlerdir.

Cinsel organlarda/pelviste ağrı/içe girme bozukluğu

Cinsel birliktelik esnasında sürekli veya yineleyen ağrı şeklinde tanımlanır (Kring ve diğerleri 2017, s. 370). DSM- IV-TR cinsel ağrı bozukluklarını disparoni ve vajinismus olarak iki başlıkta sınıflandırmıştır (Butcher ve diğerleri, 2013, s. 842-843). Disparoni, ağrının eşlik ettiği cinsel birlikteliktir (Doğan , 2011). Elnashar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %36'sının disparoni yaşadığını bildirmişlerdir (Elnashar ve diğerleri, 2007). Ege ve diğerleri (2010) yaptıkları çalışmada, kadınların %45,1'inin disparoniden yakındığını tespit etmişlerdir. DSM-IV-TR'ye göre vajinismus, vajen girişi ve çevresindeki kasların istemsiz kontraksiyonlarıyla cinsel birlikteliğin gerçekleşmemesidir (Butcher ve diğerleri, 2013, s.842). Ülkemizde cinsel kliniklere başvuran kadınlarda en sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluğudur (İncesu, 2004). Ülkemizde cinsel kliniğe başvuran kadınların %50'inde görüldüğü saptanan vajinismus, Avrupa'da ise %10 oranında görüldüğü bildirilmiştir (CETAD, 2007). Yıldırım ve diğerleri (2011), yaptıkları çalışmada kadınlarda en sık görülen CİB'nun %41 oranıyla vajinismus olduğunu tespit etmişlerdir. Tayebi ve Ardakani (2009)'nin, infertil kadınlarda CİB insidansına yönelik yaptıkları çalışmada infertil kadınların %76,7'sinde vajinismus ve %67,7'sinde ise disparoni olduğunu bildirmişlerdir.

Erkek cinsel işlev bozuklukları

Cinsel aktivitenin gerçekleşmesiyle oluşan cinsel tepki siklusunun evrelerinden bir veya birkaçında ortaya çıkan sürekli veya yineleyici bozukluklara CİB denir (Gereklioğlu ve diğerleri, 2010; CETAD, 2007). Cinsel problemlerle birlikte cinsel davranış hassasiyetinin ve hazzın azaldığı durumlarda eşler arası ilişkiler de zarar görebilmektedir (Kring ve diğerleri, 2017). DSM-5'e göre erkek cinsel işlev bozuklukları aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

1. Cinsel İstek/Uyarılma Bozuklukları

A. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

B. Sertleşme Bozukluğu (Eretil Disfonksiyon)

2. Orgazm Bozuklukları

A. Erken Boşalma Bozuklukları

B. Geç Boşalma Bozuklukları

3. Cinsel Ağrı Duyulan Bozukluklar

A. Cinsel Organlara Pelvik Ağrı/İçe Girme Bozukluğu (Kring ve diğerleri, 2017).

Cinsel istek / uyarılma bozuklukları

Yapılan çalışmalar, her iki cinsiyette de ayırım yapılmaksızın her üç kişiden birinin yaşam boyu en az bir defa cinsel işlev bozukluğu yaşadığını bildirmektedir (İncesu, 2004). Geniş katılımcı sayısına sahip ulusal bir çalışmada erkeklerde cinsel işlev bozukluğunun %10-52 arasında olduğunu tespit edilmiştir (Laumann ve diğerleri, 1999). Jain ve diğerleri (2000), infertil çiftlerdeki psikoseksüel bozukluklar üzerine yaptıkları çalışmada erkeklerde erken boşalmanın %67 gibi önemli bir oranla infertil erkeklerde en sık görülen cinsel problem olarak saptamışlardır. İnfertil erkeklerde erken boşalmayı %15'le erekil disfonksiyon, %11'le libido eksikliği ve %8'le orgazm yokluğu izlemektedir. Literatür incelendiğinde erkeklerde yaşın artmasıyla birlikte cinsel sorunla karşılaşma durumunun arttığı ve cinsel dürtünün azaldığı tespit edilmiştir (Gereklioğlu ve diğerleri, 2010; Laumann ve diğerleri, 1999).

Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu

Erkeklerde cinsel birlikteliği başlatacak, cinsel istek, düşünce, hayal etme ve dürtünün eksikliği veya yokluğudur. DSM- 5' göre erkeklerde düşük cinsel istek

bozukluğu tanı kriteri, uzman hekim tarafından değerlendirilen cinsel fantezi ve isteklerin en az altı aylık süre içerisinde azalması veya olmamasıdır (Kring ve diğerleri, 2017). Erkeklerin %16'sında düşük cinsel istek bozukluğu görülür (Gereklioğlu ve diğerleri, 2010).

Sertleşme bozukluğu (erektile disfonksiyon)

Tatmin edici cinsel birlikteliğin gerçekleşmesi için istenilen ereksiyonun oluşmaması ya da devamlılığının sağlanamamasıdır (Gereklioğlu ve diğerleri, 2010; CETAD, 2007). Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları içerisinde kliniğe en çok başvurulanan neden erektile disfonksiyondur (Şahin ve Oskay). Genel popülasyon içerisinde erkeklerin %10-20'sinde görülen erektile disfonksiyon, yaşıla doğru orantılı olarak artış gösterir (Kıro, 2009; CETAD, 2007). DSM- 5' e göre erektile disfonksiyon tanı kriterleri aşığıda maddelenmiştir.

6 aylık süre içerisinde cinsel deneyimlerin %75'inde:

- Sertleşmenin olmaması veya
- Cinsel birlikteliğin tamamlanması için istenilen ereksiyon halinin sürdürülememesi
- İe girme ve tatmin olma için gerekli sertlik düzeyinde bariz azalmanın olmasıdır (Kring ve diğerleri, 2017).

Drosdzol ve Skrzpulec (2009), infertilitenin çiftlerin cinsel fonksiyon üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, infertil erkeklerin %23,9'unun erektile disfonksiyon tanısı aldığını tespit etmişlerdir.

Erken boşalma bozuklukları (prematür ejakülasyon)

Minimum düzeyde cinsel uyarıyla orgazm ve boşalmanın devamlı ve yineleyici şeklile olması durumudur (Butcher ve diğerleri, 2013, s.838-840). Bu bozukluğun başlıca özelliği erkeğin boşalmasının istemsiz şekilde gerçekleşmesidir (Kıro, 2009). Erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu, prematür ejaklasyondur (Montorsi, 2005). Laumann ve diğerleri (2005), geniş popülasyonda yaptığı ulusal bir çalışmada, erkeklerin %31'inin erken boşalma sorunu yaşıadığını tespit etmiştir. DSM-5'de erken boşalma tanı kriteri, 6 aylık süre içerisinde partnerle olan cinsel birlikteliklerin en az %75'inde cinsel aktivitenin 1. dakikasında boşalmanın olması şeklinde belirtilmiştir (Kring ve diğerleri, 2017, s.370). Yıldırım

ve diğeri (2011), erkeklerde en sık görülen CİB'nun %45,5 ile prematür ejakülasyon olduğunu bildirmiştir.

Geç boşalma bozukluğu (retarde ejakülasyon)

DSM – IV –TR'de geç boşalma cinsel birliktelik esnasında boşalmanın yetersiz olması veya güçlüğü şeklinde tanımlanmıştır (Butcher ve diğeri, 2013, s. 839-840). Genel popülasyonda erkeklerin %8'inde görülür (Gereklioğlu ve diğeri, 2010). DSM-5'de geç boşalma tanı kriteri, 6 aylık süre içerisinde partnerle olan cinsel birlikteliklerin en az %75'inde orgazm olma durumunun bariz biçimde gecikmesi, azalması veya olmaması şeklinde belirtilmiştir (Kring ve diğeri, 2017, s.370).

Cinsel organlarda/pelviste ağrı/içe girme bozukluğu

DSM-5'te cinsel organlarda/pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, cinsel birliktelik esnasında sürekli veya yineleyici ağrı şeklinde tanımlanmıştır (Kring ve diğeri, 2017). DSM – IV – TR'de erkekte cinsel ağrı bozuklukları, disparoni ve ağrılı ejakülasyon şeklinde sınıflandırılmıştır. Disparoni, cinsel ilişki sırasında acı veren, rahatsızlık hissedilen veya eşler arasında sıkıntı yaratan devamlı veya yineleyen genital ağrıdır (Butcher ve diğeri, 2013, s.842-843). Lewis ve diğeri (2010), yaptıkları epidemiyolojik çalışmada erkeklerde cinsel birliktelik sırasında genital ağrı prevalansının %3-6 arasında olduğunu bildirmişlerdir (Lewis ve diğeri, 2010). Ağrılı ejakülasyon, oldukça nadir görülen bu bozukluk erkeklerde genital sisteme ait deformatelere bağlı olarak ortaya çıkabilir (Gereklioğlu ve diğeri, 2010). Başlıca özelliği, ejakülasyondan sonra oluşan penis ve çevresinde acı ve ağrı hissidir (Kırço, 2009).

2.4.3 İnfertilite sürecinde çiftlerin evlilik ve cinsel uyumlarını arttırmaya yönelik hemşirelik yaklaşımları

Yardımcı üreme tekniklerinin ilk başarılı bebeği olan Luise Brown 1978'de İngiltere'de dünyaya gelmiştir. Bu süreçte Prof. Steptoe ve Prof. Edwards eşlik eden hemşire Jean Marion Purdy ilk infertilite hemşiresi olarak tarihte yerini almıştır (Güngör ve Beji, 2015).

İnfertilite, çiftleri emosyonel, psikolojik ve ekonomik yönden olumsuz etkileyen, uzun tanı ve tedavi aşamalarını barındıran zorlu ve karmaşık süreçtir. Bu süreçte çiftler içinde buldukları durumdan birbirlerini sorumlu tutabilirler ve

yetersizlik hissederek toplumdan kendilerini izole edebilirler. Bu durum çiftlerde yaşamsal krize neden olabilmektedir. Ağır stres yaratan bu krizin çözümlenmesi veya stresin yönetilmesi hem çiftlerin yaşam kalitesini olumlu etkileyecek hem de uygulanan tedavinin başarısını arttıracaktır (Hasdemir ve diğerleri, 2015). Tanıdan itibaren her aşamada çiftlere eşlik eden hemşirenin, infertilite durumuyla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, çiftlerin süreçle ilgili bilgilendirilmesi ve desteklenmesi en önemli rolleridir. Tüm aşamalarda infertilite hemşiresinin girişimleri oldukça önemlidir (Güngör ve K.Beji, 2015). Hemşirelerin bu girişimleri planlayıp uygulayabilmesi için mesleki açıdan bilgi, beceri ve donanıma sahip olmalı gerekir (Taşkın, 2016 s.669). İnfertilite kliniklerinde görev alan hemşirelerin temel rolleri, eğitici, danışman ve savunucu, bakım verici, koordinatör, destekleyici, yönetici ve araştırmacı rolüdür.

Eğitici Rolü: İnfertil çiftler üreme sistemi ve cinsellikle ilgili yanlış ve eksik bilgiye sahip olabilirler. İnfertilite hemşiresi ilk olarak bu eksiklikleri tespit ederek gerekli eğitimi vermelidir. Fertilizasyonun en yüksek olduğu ovulasyon döneminin tespit edilmesi hakkında bilgi verilir. Aynı zamanda çifti bu süreçte nelerin beklediği onlarında anlayacağı açık ve sade dille ayrıntılı şekilde açıklanmalıdır. Eğer varsa infertilite tedavisinde kullanılacak ilaçların zamanı ve kullanım şekli ayrıntılı şekilde açıklanmalıdır (Güngör ve K.Beji, 2015). Çiftlerin eğitime katılması ve soru sormalarına izin verilmelidir. Çiftlerin yaşam biçimleri değerlendirilerek sağlıklı olan davranışlarını ortadan kaldırmak için gerekli görüşmeler yapılmalıdır (Kavlak, 2015).

Danışman ve Savunucu Rolü: Danışmanlık rolü için hemşirenin bu alanda gerekli eğitimini tamamlamış olması, klinik tecrübesinin yanında güncel gelişmeleri de yakından takip etmesi gerekir (K.Beji ve Kaya, 2012). İnfertilite danışmanlığı, tanı aşamasından başlayarak tedavi sonrasına kadar olan süreçte, alanında uzman ve yeterliliğe sahip sağlık profesyonelleri tarafından bilgi vermek ve tüm karar aşamalarında yardımcı olmak şeklinde ifade edilir (Aşçı ve K.Beji, 2012). Hemşire alınan kararlar konusunda çiftin savunuculuğuna üstlenmelidir (Kavlak, 2015). İçinde buldukları durumla baş etmekte zorlanan çiftler psikolojik yardım için ilgili uzmana sevk edilmelidir (Seymenler ve Siyez, 2018).

Bakım Verici Rolü: İnfertilite hemşiresi çiftten detaylı anamnez alıp gerekli değerlendirmeleri yaptıktan sonra holistik yaklaşımla çiftin ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı hazırlamalıdır. Çiftlerin ihtiyaçlarının farklı olacağı göz önünde bulundurulmalı, bireysel bakım planları oluşturulmalı ve gerekli girişimleri uygulamalıdır (Kavlak, 2015). YÜT uygulama sırasında hastaya eşlik etmek, doktorla işbirliği yapmak ve yardım etmek, hastayı işlemlere fiziksel ve psikolojik yönden hazırlamak da hemşirenin görevleri arasındadır (Güngör ve K.Beji, 2015).

Koordinatör Rolü: infertilite kliniğinde, kadın doğum uzmanı, hemşire, embriyolog, androlog, psikolog, laboratuvar teknisyeninden oluşan multidisipliner anlayış benimsenmiş bir ekip görev almaktadır (Güngör ve K.Beji, 2015). Hemşire ekipteki tüm üyelerle iletişim ve işbirliği yaparak uygulamaları planlamalı ve takip etmelidir (Kavlak, 2015).

Destekleyici Rolü: infertilite tedavisi alan çiftler bu sabır gerektiren zorlu süreçte olumsuz sonuçlarla ve birbiri arkasına denenen tedavi seçenekleriyle bitkin ve agresif olabilirler (Yılmaz ve Oskay, 2015). Bu durumda hemşire infertil çiftte sakin, anlayışlı, aktif ve samimi iletişim kurarak yaşadıkları emosyonel ve psikolojik stres ve sorunları gidermeye çalışmalıdır (Kavlak, 2015). Bunun yanında destek grupları çiftlerin kendilerini daha rahat ifade etmelerini sağlayarak onlara destek ve moral verebilmektedir. Sistematik bir derlemede, infertil çiftlerin yaşadıkları psikolojik stresi azaltmada özel tasarlanmış grup terapisinin etkili olduğunu bildirmiştir (Yorulmaz ve Sütçü, 2016).

Araştırmacı Rolü: İnfertilite alanında her geçen gün yeni gelişmelerin olması infertilite hemşiresini daima güncel bilgileri takip etmeye yönlendirmektedir. Hemşire alanında gerekli klinik çalışmalar yapmalı ve bilime katkıda bulunarak bunları uygulamada kullanılmalıdır (Kavlak, 2015).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Niteliği

Bu araştırma, infertilitenin eşlerin evlilik ve cinsel uyumlarına etkisinin saptanması amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde, 1 Kasım 2017- 1 Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulamadan önce Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek-1). Ayrıca Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde araştırmanın yapılmasına ilişkin hastaneden gerekli yazılı onay alınmıştır (Ek-2).

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Formülde araştırmanın evrenini, Aralık 2015 - Aralık 2016 yılları arasında Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuran 183 kişi oluşturmaktadır. Bu sayıya erişim için Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesinden Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezine başvuran infertil birylerin sayısını içeren belge izin dahilinde alınmıştır (Ek-4). Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında aşağıda belirtilen formül kullanılmıştır (Sümbüloğlu 2007 s. 265).

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(183)(1,96)2(0,50)(0,50)}{(0,05)2(183)+(1,96)2(0,50)(0,50)}$$

n = 124,17 olmak üzere çalışmaya minimum 124 kişi dahil edilmelidir (Trost, J.E, 1986). Çalışmamız 130 infertil çiftin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.4 Çalışmaya Katılma Konusunda Gönüllüler için Çalışmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne 1 Kasım 2017- 1 Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran infertilite tanısı almış 18 yaş üzeri, en az 6 aylık infertilite tedavi öyküsü olan, evli, okuma yazma bilen, menapozda olmayan, kronik bir hastalık öyküsü olmayan (diabetes mellitus, kalp hastalığı, hipertansiyon, tiroid hastalığı, böbrek yetmezliği, romatizmal hastalık, psikiyatrik hastalık öyküsü, psikolojik rahatsızlık, psikiyatrik ilaç kullanma) infertilite tedavisi öncesinde psikiyatrik bir tanı almamış olan çiftler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkmak isteyen ya da verilerin toplanması aşamasında öngörüsü oluşturulamamış olan herhangi bir nedenle çıkarılması gereken bireyler araştırma dışı bırakılmıştır. Bu bireylerden elde edilen veriler değerlendirmeye alınmamıştır.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenleri: Sosyodemografik özellikleri içeren yaş, eğitim durumu, meslek, sağlık güvencesi, toplam aylık gelir, aile biçimi, evlilik süresi, yaşayan çocuğun varlığı, infertilite süresi, infertiliteye ilişkin bilgi düzeyi, infertilite tanısı, tedavisi, infertiliteye ailenin tepkisi ve kendisinin bu durumdan nasıl etkilendiği

Bağımlı Değişkenler: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puanları, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanları ve Evlilikte Uyum Ölçeği Puanları

3.6 Verilerin Toplanması

Etik kurul izni (Ek-1) alındıktan sonra, Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde , 1 Kasım 2017- 1 Ocak 2018 tarihleri arasında hafta içi 08:30 ile 16:00 saatleri arasında, hastane tarafından ayarlanan ayrı bir odada yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır.

Çalışmaya katılan kişilere araştırmanın adı, amacı ve kişiden neler beklendiğini içeren çalışmaya katılımları için yazılı bir onam alınmıştır (Ek-5).

Veri toplamak amacıyla literatürün incelenmesiyle oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda yer alan veri toplama araçları aşağıdaki gibidir:

- Kişisel Bilgi Formu (KBF) (Ek-6)
- Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) (Ek-7)
- Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu (Ek-8)
- Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) (Ek-9).

Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanan kişisel bilgi formu yaş, eğitim durumu, meslek, sağlık güvencesi, toplam aylık gelir, aile biçimi, evlilik süresi, yaşayan çocuğun varlığı, gibi bazı sosyodemografik özellikler ile infertilite süresi, infertiliteye ilişkin bilgi düzeyi, infertilite tanısı, tedavisi, infertiliteye ailenin tepkisi ve kendisinin bu durumdan nasıl etkilendiği gibi bazı infertilite öyküsüne ilişkin özellikleri tanımlamaya yönelik toplamda 22 sorudan oluşmaktadır (Kırço, 2009; Güleç ve diğerleri, 2011; Algül, 2013; Çoban ve Dinç, 2013).

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI)

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Rosen ve diğerleri (2000) tarafından, klinik olarak kadın cinsel uyarılma bozukluğu tanısı olan kadınlarda cinsel işlevi ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinde Cronbach Alpha katsayıları 6 alt boyut için ayrı ayrı değerlendirilmiş ve sonuçları 0,89 ile 0,97 arasında bulunmuştur. Ölçek, Aygün ve Aslan (2005) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve Türk kadını için güvenle kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada test-retest korelasyon katsayısı 0,75, iç tutarlılık analizinde alt boyutlar için Cronbach Alpha katsayısı 0,89 ile 0,98 arasında değişmiştir.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, son 4 haftadaki cinsel işlev ya da sorunları değerlendirmektedir. Ölçeğin yapısında; istek (cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesi), uyarılma (sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu), lubrikasyon-kayganlaşma (sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu), orgazm (sıklığı, zorluğu ve doyumunu), doyum (eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi), ağrı veya rahatsızlık (penisin vajinaya girişi sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi) olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Aşağıda bu alanlar, bu alanları kapsayan soruların numaraları, soruların puan aralıkları yer almaktadır:

Çizelge 3.1: FSFI Puanlama Dağılımı.

Alt ölçekler	Sorular	Puan Aralıkları
İstek	1-2. sorular	1-5
Uyarılma	3-6. sorular	0-5
Lubrikasyon	7-10. sorular	0-5
Orgazm	11-13. sorular	0-5
Doyum	14-16. sorular	0-5 veya 1-5
Ağrı	17-19. sorular	0-5

Ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95, en düşük ham puan ise 4'tür. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ise ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan 2'dir. Ölçekte kesme puanı 26,55 olarak önerilmekte, 26,55 ve altında puana sahip olanların cinsel disfonksiyonu olduğu kabul edilmektedir (Aygın ve Aslan, 2005).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), McGahuey ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen kısa 5 başlıklı bir skaladır ve cinsel işlevin beş ana bileşenini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bu bileşenler; uyarılma, tahrik olma, penis sertleşmesi, orgazma ulaşma yeteneği ve orgazmdan alınan tatmindir. ACYÖ 5

maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. 1, 2, 3, 4, 5, 6 olarak puanlanmakta olup toplam skor 5 ile 30 arasında değişmektedir. Düşük puanlar gelişmiş cinsel işlevi göstermekte, yüksek puanlar ise cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir. ACYÖ toplam ölçek (cut-off / kesme puanı) >19'dır. Toplam ölçek puanının 19 ya da daha yüksek puanda olması, her hangi bir madde puanı 6 rakamından 1 adet varsa, 5 rakamından 2 adet varsa, 4 rakamından 3 adet varsa klinik olarak teşhis edilmiş cinsel işlev bozukluğunun olduğunu yansıtmaktadır. Bu ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışması Atilla Soykan tarafından (2002) yapılmıştır. ACYÖ'nin erkek formu Cronbach's Alpha değeri 0.89 dur (Soykan, 2004).

Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)

Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen ve Kışlak (1996) tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ), evlilikte ilişkiden alınan doyum ve evlilik uyumunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek toplamda 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Locke ve Wallace tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's Alpha katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Tutarel ve Kışlak (1999), tarafından Türkçeye uyarlanmış ve Cronbach's Alpha katsayısı erkekler için 0.83, kadınlar için 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçekte en düşük uyumsuzluk puanı 2, en yüksek uyum puanı ise 158 olarak bildirilmiştir. Hunt 1987'de bu puanlamayı basite indirgeyerek, toplam puanı 60 olarak belirtmiştir ve güvenilirlik çalışması sonucu Locke ve Wallace'ın orijinal testi ile aynı sonuçlar elde edilmiştir (kadınlar için $r=.92$, erkekler için $r=.94$).

Ölçeğin ilk yarısı ve son yarısındaki puanlamalar birbirinden farklı olduğu için tek ve çift numaralı maddeler karşılaştırılmıştır. Buna göre iki yarım test güvenilirliği erkekler için 0.83 bulunmuştur. EUÖ'nin homojen ve ayırt edici maddelerden oluşmasını sağlamak üzere madde-test kolerasyonları hesaplanmış ve analiz sonucu 15 maddeden 14'ü homojen ve ayırt edici özellikteyken, yalnızca 10. maddenin kolerasyon katsayısı 0.09 olup anlamsız bulunmuştur. Bunun üzerine Freeston ve plechaty'nin önerileri dikkate alınarak, 10. maddenin 0, 1, 2 şeklinde olan eski puanlaması 0, 0, 1 olarak değiştirildiği ve 12. maddenin ise anlaşmazlık: 0, dışarıda birşeyler yapmak: 1, evde oturmak: 2 biçiminde olan puanlamasının (0, 1, 1) olarak değiştirildiği bildirilmiştir. Bu durumda uyumlu ve uyumsuz evlilik düzeyinin

ayırt etmesini sağlayan puan değerinin 43,5 olduğu ve bu kesme puanının altındaki puanlar düşük ve evlilik uyum düzeyinin ifade ettiği bildirilmiştir (Tutarel ve Kışlak, 1999).

Çizelge 3.2’de evlilik uyum ölçeği puanlama dağılımı gösterilmiştir.

Çizelge 3.2: EUÖ Puanlama Dağılımı

Sorular	Puanlar
1. soru	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6
2 ve 9 arasındaki sorular	5, 4, 3, 2, 1
10. soru	0, 1, 2
11. soru	3, 2, 1, 0
12. soru	Anlaşmazlık: 0; Dışarıda bişeyler yapmak: 1; Evde oturmak: 2
13. soru	0, 1, 2, 3
14. soru	2, 1, 0
15. soru	0, 1, 2, 3

3.7 Çalışma Takvimi

Çalışma takvimi çizelge 3.3 ‘te gösterilmiştir.

Çizelge 3.3: Çalışma Takvimi

Çalışmanın Aşamaları	Tarihler
Literatür Tarama	Haziran 2017- Mayıs 2018
Veri toplama araçlarının hazırlanması	Haziran 2017- Temmuz 2017
Ön uygulama yapılması	Eylül 2017- Ekim 2017
Verilerin toplanması	Kasım 2017- Ocak 2018
Verilerin değerlendirilmesi	Şubat 2018- Mart 2018
Tez raporunun hazırlanması	Nisan 2018- Mayıs 2019

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki gruplar arası değerlendirmelerinde Mann Whitney U testi, niceliksel verilerin iki grupdan fazla gruplar arası değerlendirmelerinde Kruskal Wallis testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde ise yine Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Tam Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9 Araştırmanın Etiği

Veriler toplanmadan önce Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 10.10.2017 tarihinde 2017-190 nolu kararla onay alınmıştır (Ek-1). Ayrıca Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde araştırmanın yapılmasına ilişkin hastaneden gerekli yazılı onay alınmıştır (Ek-2). Çalışmaya katılan kişilere araştırmanın adı, amacı ve kişiden neler beklendiğini içeren çalışmaya katılımları için yazılı bir onam alınmıştır (Ek-5).

4. BULGULAR

Çizelge 4.1’de infertil çiftlerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.1: İnfertil Çiftlerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.

Yaş Grubu	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
18-25 yaş	44	33,8	22	16,9	66	25,4
26-33 yaş	62	47,7	65	50	127	48,9
34-41 yaş	14	10,8	30	23,1	44	16,8
42-49 yaş	10	7,7	13	10	23	8,9
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar	2	1,5	-	-	2	0,8
İlkokul	17	13,1	8	6,2	25	9,6
Ortaokul	36	27,7	28	21,5	64	24,6
Lise ve ↑	75	57,7	94	72,3	169	65,0
Meslek Durumu						
Ev Hanımı	87	66,9	-	-	87	33,5
İşçi	18	13,8	33	25,4	51	19,6
Memur	25	19,2	70	53,8	95	36,5
Serbest Meslek/ Esnaf	-	-	27	20,8	27	10,4
Toplam	130	100,0	130	100,0	260	100,0

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $29,00 \pm 5,69$ ’dur. Araştırmada kadınların %47,7’sinin 26-33 yaş arasında, %57,7’sinin lise ve üzeri mezun ve %66,9’u ise ev hanımıdır. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması

31,65±5,70'dir. Kadınların eşlerinin %50'si 26-33 yaş arasında, %72,3'si lise ve üzeri mezun ve %53,8'i ise memurdur (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2'de çiftlerin toplam aylık gelir, sağlık güvencesi ve tedavi masraflarını karşılama durumu yer almaktadır.

Çizelge 4.2: Çiftlerin Toplam Aylık Gelir, Sağlık Güvencesi ve Tedavi Masraflarını Karşılama Durumuna Göre Dağılımları.

Özellikler	N	%
Toplam Aylık Gelir (N=130)		
600 -1000 TL	7	5,4
1001-2000 TL	71	54,6
2001 TL ve üzeri	52	40,0
Sağlık Güvencesi Varlığı (N=130)		
Var	95	73,1
Yok	35	26,9
Sağlık Güvencesinin İnfertilite Tedavi Masraflarını Karşılama Durumu (n=95)*		
Evet	49	51,6
Hayır	46	48,4
Tedavi Masraflarını Karşılama Zorluk Yaşama (N=130)		
Yaşayan	67	51,5
Yaşamayan	63	48,5

* Bu grubu sadece sağlık güvencesi olan eşler oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin %40'ının (n=52) toplam aylık geliri 2001 TL ve üzerinde, % 73,1'inin (n=95) sağlık güvencesi bulunmakta ve bu kişilerin %51,6'sının (n=49) sağlık güvencesi infertilite tedavisi masraflarını karşılamaktadır. Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin, %51,5'i (n=67) tedavi masraflarını karşılamakta zorluk çekmektedir (Çizelge 4.2).

4.1 Çiftlerin Bazı İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.3'de çiftlerin evlilik ve süresi ile bazı infertilite özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Çalışmaya katılan çiftlerin %86,2'si (n=112) çekirdek aileye sahiptir ve %53,8'inin (n=70) evlilik süresi 1-5 yıl arasındadır. Eşlerin %9,2'sinin (n=12) yaşayan çocukları vardır ve bu çocuklardan %8,3'ü (n=1)

infertilite tedavisi ile gerçekleşmiştir. Çiftlerin kısırlık süreleri 1 ile 19 yıl arasında değişmekte olup, ortalamasının $2,55 \pm 2,62$ yıldır. Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin %84,6'sı (n=110) infertilite hakkında eğitim almış olup %52,7'sinin (n=58) eğitimi doktorlar tarafından verilmiştir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3: Çiftlerin Evlilik ve Süresi İle Bazı İnfertilite Özelliklerine Göre Dağılımları.

Özellikler	N	%
Aile Biçimi (N=130)		
Çekirdek Aile	112	86,2
Geniş Aile	18	13,8
Evlilik Süresi (N=130)		
1 yıl ve altı	12	9,2
2-5 yıl	70	53,8
6-10 yıl	41	31,5
11 yıl ve ↑	7	5,4
Yaşayan Çocuk Varlığı (N=130)		
Evet	12	9,2
Hayır	118	90,8
İnfertilite Hakkında Eğitim Alma Durumu (N=130)		
Evet	110	84,6
Hayır	20	15,4
Evetse Nereden Aldınız? (N=110) *		
Doktor	58	52,7
Ebe, hemşire	36	32,7
Kitap, dergi, internet	16	14,5
Toplam	130	100,0

*Bu grubu sadece infertilite hakkında eğitim alan eşler oluşturmuştur.

Çizelge 4.4'de infertil eşlerin tanısı ve tedavi sürecine ilişkin dağılımları yer almaktadır. Kadınların %44,6'sı (n=58) 1 yıldan az süredir infertilite tedavisi görmekte olup %45,4'ünün (n=59) infertilite nedeni kadın kaynaklı, %32,3'ünün (n=42) infertilite tanısı prematür overyan yetmezlik ve %22,3'ü (n=29) ise infertiliteye yönelik hormon, aşılama ve IVF tedavisi almıştır (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4: İnfertil Çiftlerin Tanısı ve Tedavi Sürecine İlişkin Dağılımları.

Özellikler	N	%
İnfertilite Tedavi Süresi (Yıl)		
1 ↓	58	44,6
1-2	40	30,8
3-5	26	20,0
6-10	5	3,8
11 ve ↑	1	0,8
İnfertilite Nedeni		
Kadın kaynaklı	59	45,4
Erkek kaynaklı	40	30,8
İkisi de	6	4,6
Nedeni bilinmiyor	25	19,2
İnfertilite Tanısı		
Prematür Overyan Yetmezlik	42	32,3
Rahim Retroversiyonu	1	0,8
Rahimde myom	8	6,2
Over kistleri	9	6,9
Sperm azlığı, hareketsizliği	41	31,5
İdiyopatik	29	22,3
Uygulanan Tedavi		
Yok	35	26,9
Hormon	17	13,1
Aşılama	23	17,7
Aşılama + Hormon	25	19,2
Hormon +Aşılama + IVF	29	22,3
Hormon + Aşılama +Tubal	1	0,8
Operasyon		
Toplam	130	100,0

4.2 İnfertil Çiftlerin Evlilik Uyumuna Yönelik Algılarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.5’de infertil çiftlerin evlilik uyumuna yönelik algılarına ilişkin dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.5: İnfertil Çiftlerin Evlilik Uyumuna Yönelik Algılarına İlişkin Dağılımları.

Özellikler	N	%
Erkeğin Evlilik Uyum Algısı		
Evlilik uyumunda değişiklik olmadı	81	62,3
Olumlu yönde değişme oldu	27	20,8
Olumsuz yönde değişme oldu	22	16,9
Çiftlerin Sosyal Destek Algısı		
Sosyal destek yok	71	54,6
Anlayışlı ve destekleyici	45	34,6
Eleştirel ve küçümseyici	14	10,8
Kadınların Evlilik Uyum Algısı		
Hiçbir şey değişmedi	14	10,8
Çok üzülüyorum	57	43,8
Eşimden ve ailesinden utanıyorum	17	13,1
Çok mutsuzum	36	27,7
Boşanmaktan korkuyorum	6	4,6
Toplam	130	100,0

Çalışmaya katılan kadınların %16,9'u (n=22) erkeğin evlilik uyum algısında olumsuz yönde değişim olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin %10,8'inin (n=14) sosyal destek algısı eleştirel ve küçümseyici şeklinde olup %4,6'sı (n=6) infertilite nedeniyle boşanmaktan korkmaktadır (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6' de infertil çiftlerin EUÖ puan ortalamaları yer almaktadır.

Çizelge 4.6: İnfertil Çiftlerin Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarına ve Kesme Noktalarına Göre Dağılımları.

	Min-Maks	Ort±SS	Cronbach Alfa
EUÖ Toplam	26-59	46,65±7,61	0,879
		n	%
EUÖ Toplam	<43,5 puan (uyumsuz)	43	33,1
	>43,5 puan (uyumlu)	87	66,9

Çiftlerin evlilik uyumu ölçeği puanları 26 ile 59 arasında değişmekte olup, ortalaması $46,65 \pm 7,61$ 'dir. Ölçeğin geneli için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,879'dur. Çiftlerin %33,1'inin (n=43) evlilik uyumu ölçeği toplam puanları 43,5 puan ve altındayken, %66,9'unun (n=87) 43,5 puanın üzerindedir (Çizelge 4.6).

4.3 Katılımcıların FSFI ve ACYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.7'de kadınların FSFI puan ortalamaları yer almaktadır.

Çizelge 4.7: Kadınların FSFI Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.

FSFI Ölçeği	Kadın (N=130)		
	Min-Maks	Ort±SS	Cronbach Alfa
İstek	2-10	5,42±1,89	0,913
Uyarılma	4-30	11,83±5,17	0,912
Lubrikasyon	0-10	3,44±1,61	0,672
Orgazm	2-15	7,50±2,88	0,851
Doyum	0-15	4,12±3,75	0,969
Ağrı	0-15	5,47±3,30	0,950
FSFI Toplam	16-95	37,78±15,28	0,953

Çalışmada kadınların FSFI toplam puanları 16 ile 95 arasında değişmekte olup ortalaması $37,78 \pm 15,28$ 'dir. Kadınların istek alt boyutu puanlarının 2 ile 10 arasında değişmekte olup ortalaması $5,42 \pm 1,89$ 'dur. Uyarılma alt boyutu puanlarının 4 ile 30 arasında değişmekte olup ortalaması $11,83 \pm 5,17$ 'dir. Lubrikasyon alt boyutu puanlarının 0 ile 10 arasında değişmekte olup ortalaması $3,44 \pm 1,61$ 'dir. Orgazm alt boyutu puanlarının 2 ile 15 arasında değişmekte olup ortalaması $7,50 \pm 2,88$ 'dir. Doyum alt boyutu puanlarının 0 ile 15 arasında değişmekte olup ortalaması $4,12 \pm 3,75$ 'dir. Ağrı alt boyutu puanlarının 0 ile 15 arasında değişmekte olup ortalaması $5,47 \pm 3,30$ 'dur. FSFI alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0,671-0,969 arasında değişmekte olup, ölçek geneli için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,953'dür.

Çizelge 4.8'de erkeklerin ACYÖ puan ortalamaları yer almaktadır.

Çizelge 4.8: Erkeklerin ACYÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.

ACYÖ	Min-Maks	Ort±SS	Cronbach Alfa
Cinsel İstek	1-5	1,89±1,08	
Uyarılma	1-6	2,66±1,27	
İslanma/Sertleşme	1-5	3,15±1,10	0,909
Orgazm	1-6	3,22±1,07	
Orgazm Tatmin	1-6	2,35±1,24	
ACYÖ Toplam	5-25	13,28±4,96	

Araştırmada erkeklerin ACYÖ toplam puanları 5 ile 25 arasında değişmekte olup ortalaması 13,28±4,96'dır. Erkeklerin cinsel istek alt boyutu puanları 1 ile 5 arasında değişmekte olup ortalaması 1,89±1,08'dir. Uyarılma alt boyutu puanları 1 ile 6 arasında değişmekte olup ortalaması 2,66±1,27'dir. İslanma/sertleşme alt boyutu puanları 1 ile 5 arasında değişmekte olup ortalaması 3,15±1,10'dur. Orgazm alt boyutu puanları 1 ile 6 arasında değişmekte olup ortalaması 2,35±1,24'dür. Orgazm tatmin alt boyutu puanları 1 ile 6 arasında değişmekte olup ortalaması 2,35±1,24'dür. ACYÖ ölçek geneli için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,909'dur.

4.4 Kadınların FSFI Ölçeği Puanlarının ve Erkeklerin ACYÖ Puanlarının Kesme Noktalarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.9'da kadınların FSFI ölçeği puanlarının ve erkeklerin ACYÖ puanlarının kesme noktalarına göre dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.9: Kadınların FSFI Ölçeği Puanlarının ve Erkeklerin ACYÖ Puanlarının Kesme Noktalarına Göre Dağılımları.

Ölçekler		N	%
FSFI Toplam	<26,55 puan	30	23,1
(Kadın)	>26,55 puan	100	76,9
Toplam		130	100,0
ACYÖ Toplam	≤19 puan	111	85,4
(Erkek)	>19 puan	19	14,6
Toplam		130	100,0

Kadınların %23,1'inin (n=30) FSFI toplam puanları 26,55 puan ve altındayken, %76,9'unun (n=100) 26,55 puanın üzerindedir. Erkeklerin %85,4'ünün (n=111) ACYÖ toplam puanları 19 puan ve altındayken, %14,6'sının (n=19) 19 puanın üzerindedir (Çizelge 4.9).

4.5 Çiftlerin Bazı Sosyodemografik ve İnfertilite Öyküsüne İlişkin Özelliklere Göre Evlilik Uyumu, FSFI ve ACYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

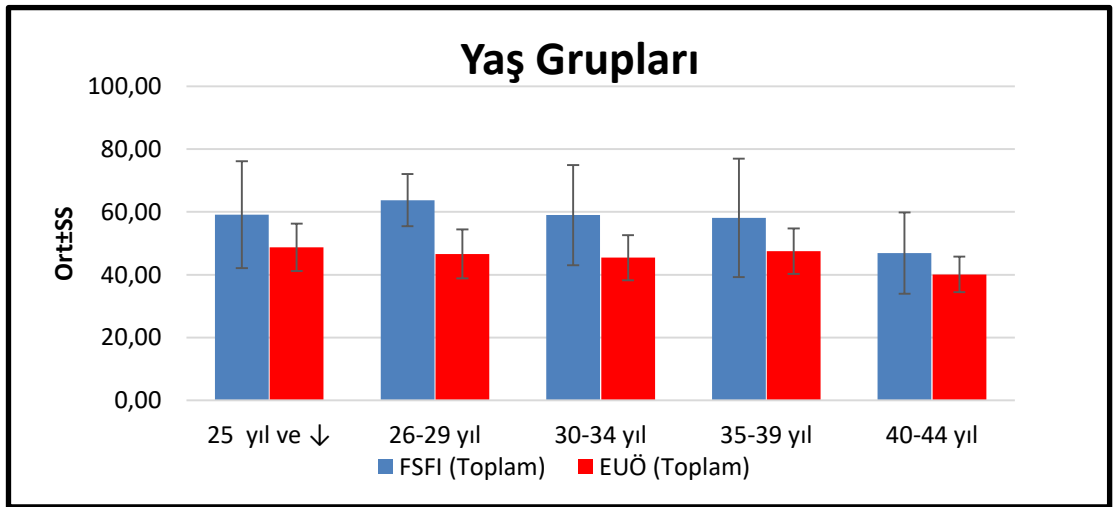
Çizelge 4.10'da kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre FSFI ve EUÖ puan dağılımları yer almaktadır. Kadınların yaş grupları ile FSFI toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). EUÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,021$; $p<0,05$). Farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; 40-44 yaş arasında olan kadınların EUÖ toplam puanları, 25 yaş ve altında ($p=0,002$), 36-39 yaş arasında ($p=0,012$), 30-34 yaş arasında ($p=0,026$) ve 30-39 yaş arasında ($p=0,015$) olanlardan anlamlı şekilde düşük bulundu ($p<0,05$; $p<0,01$). Kadınların eğitim durumları arasında FSFI toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,05$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; lise mezunu ve üzeri olan kadınların FSFI toplam puanları, okur-yazar ($p=0,041$) ve ilkokul mezunu ($p=0,001$) olanlardan anlamlı şekilde düşük bulundu ($p<0,05$; $p<0,01$). Kadınların eğitim durumları arasında EUÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların meslekleri arasında FSFI toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığın hangi meslekten kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; ev hanımı olan kadınların FSFI toplam puanları, işçi ($p=0,011$) ve memur ($p=0,007$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,05$; $p<0,01$). Kadınların meslekleri arasında EUÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 4.10: Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre FSFI ve EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları.

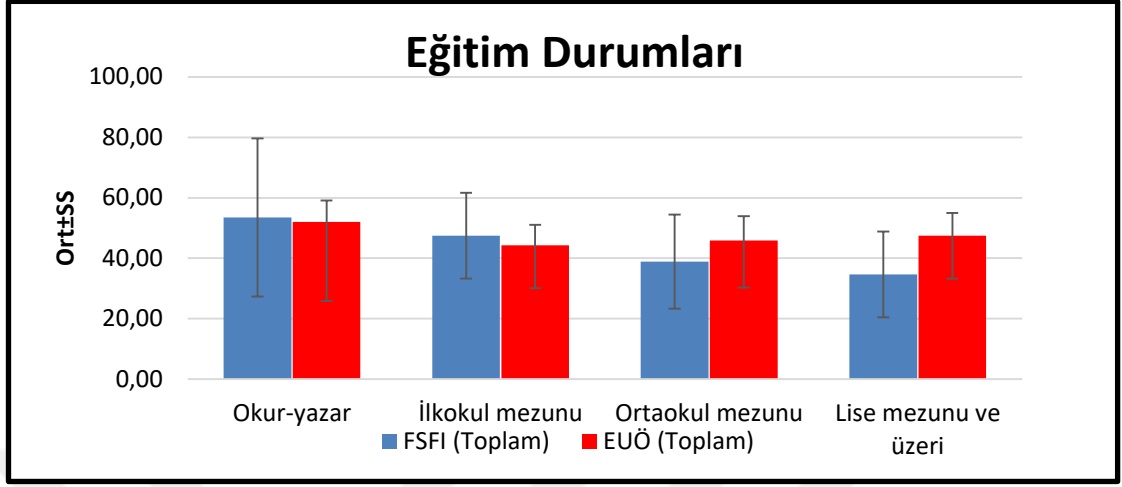
Yaş Grupları	FSFI		EUÖ	
	Ort±SS (Medyan)		Ort±SS (Medyan)	
25 yıl ve ↓	37,86±17,02 (33)		48,73±7,55(48,5)	
26-29 yıl	33,27±8,33 (31)		46,61±7,78 (47)	
30-34 yıl	38,00±15,94 (33)	$\chi^2=9,305$	45,41±7,21 (48)	$\chi^2=11,521$
35-39 yıl	38,93±18,85 (33)	$p=0,054$	47,50±7,19(49,5)	$p=0,021^*$
40-44 yıl	50,10±12,91(51,5)		40,10±5,65 (37)	
Eğitim Durumları				
Okur- yazar	53,50±26,16(53,5)		52,00±7,07 (52)	
İlkokul mezunu	47,47±14,17 (48)	$\chi^2=14,385$	44,29±6,74 (44)	$\chi^2=3,642$
Ortaokul mezunu	38,89±15,53 (33)	$p=0,002^{**}$	45,83±8,07 (49)	$p=0,326$
Lise mezunu, üzeri	34,64±14,19 (32)		47,44±7,53 (47)	
Meslek				
Ev hanımı	40,28±15,82 (35)	$\chi^2=11,531$	46,05±7,93 (48)	$\chi^2=1,027$
İşçi	32,44±12,80 (27)	$p=0,003^{**}$	48,06±7,30 (48)	$p=0,598$
Memur	32,96±13,22 (27)		47,76±6,66 (47)	
χ^2 : Kruskal Wallis Testi		$*p<0,05$	$**p<0,01$	

Şekil 4.1’de kadınların yaş gruplarına göre FSFI ve EUÖ puanları sunulmuştur.



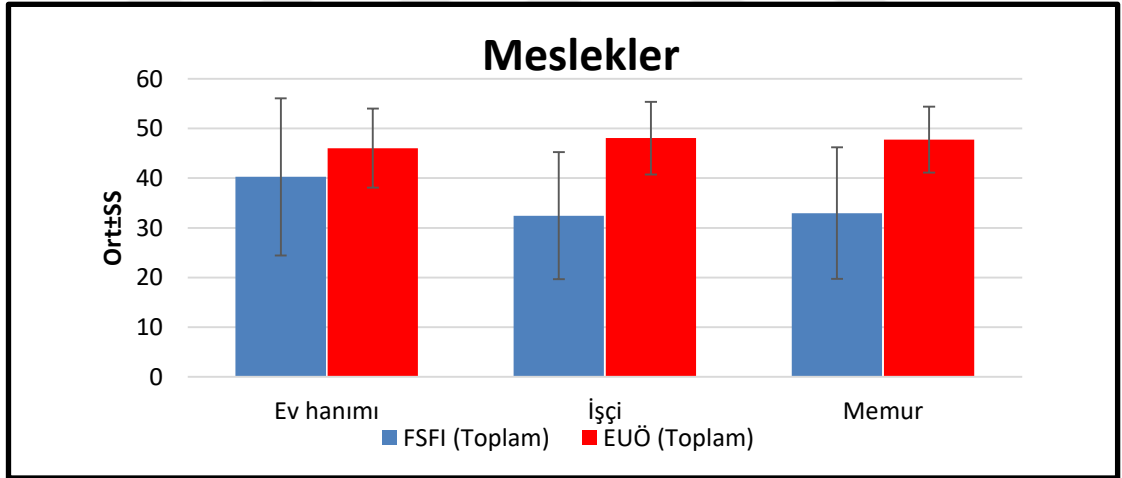
Şekil 4.1: Kadınların Yaş Gruplarına Göre FSFI ve EUÖ Puanları.

Şekil 4.2’de kadınların eğitim durumlarına göre FSFI ve EUÖ puanları gösterilmiştir.



Şekil 4.2: Kadınların Eğitim Durumlarına Göre FSFI ve EUÖ Puanları.

Şekil 4.3’de kadınların mesleklerine göre FSFI ve EUÖ puanları belirtilmiştir.



Şekil 4.3: Kadınların Mesleklerine Göre FSFI ve EUÖ Puanları.

Çizelge 4.11’de erkeklerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre ACYÖ puan ortalamaları yer almaktadır.

Çizelge 4.11: Erkeklerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre ACYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları.

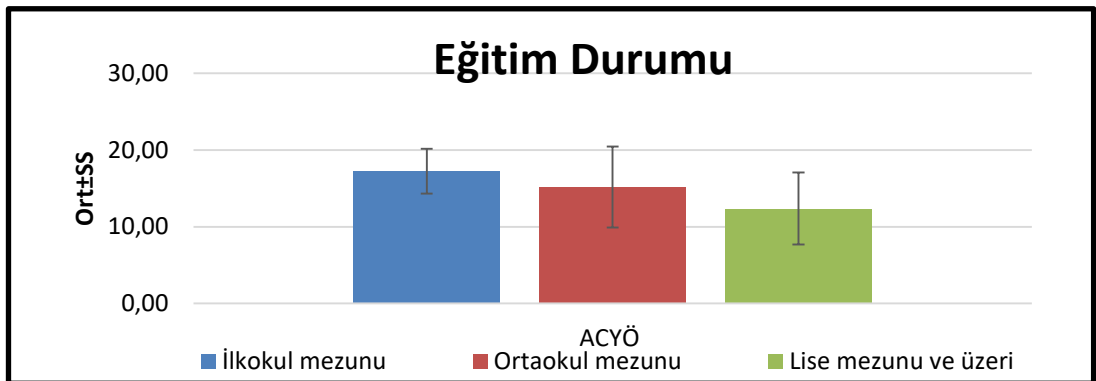
Eğitim Durumları	ACYÖ (Toplam)	
	Ort±SS (Medyan)	
İlkokul mezunu	17,25±2,92 (16,5)	
Ortaokul mezunu	15,18±5,27 (15)	$\chi^2=13,058$
Lise mezunu ve üzeri	12,37±4,70 (12)	p= 0,001**
Meslek		
Esnaf	12,80±3,95 (14)	
İşçi	14,73±5,08 (14)	$\chi^2=6,307$
Memur	13,17±5,12 (13,5)	p= 0,098
Diğer	10,50±3,68 (10)	

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

**p<0,01

Erkeklerin eğitim durumları ile ACYÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; lise mezunu ve üzeri olan erkeklerin ACYÖ toplam puanları, ilkokul mezunu (p=0,003) ve ortaokul mezunu (p=0,013) olanlardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,05; p<0,01). Erkeklerin yaş grupları arasında ACYÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0,05). Erkeklerin meslekleri arasında ACYÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Şekil 4.4'de erkeklerin eğitim durumlarına göre ACYÖ puan ortalamaları gösterilmiştir.



Şekil 4.4: Erkeklerin Eğitim Durumlarına Göre ACYÖ Puan Ortalamaları.

Çizelge 4.12’de çiftlerin evlilik ve süresi ile evlilik uyumlarına ilişkin algılarına göre FSFI ve EUÖ puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.12: Çiftlerin Evlilik ve Süresi ile Evlilik Uyumlarına İlişkin Algılarına Göre FSFI ve EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları.

Özellikler	FSFI Ort±SS (Medyan)		EUÖ Ort±SS (Medyan)	
Aile Biçimi				
Çekirdek Aile	37,30±15,32 (33)	Z= -1,052	46,62±7,77 (47)	Z= -0,203
Geniş Aile	40,78±15,14 (39,5)	p= 0,293	46,89±6,72(49,5)	p= 0,840
Evlilik Süresi				
1 yıl ve altı	34,83±21,87(26,5)		47,58±8,89 (48)	
2-5 yıl	36,16±13,50 (33)	χ²=7,758	47,74±7,46 (48)	χ²=4,217
6-10 yıl	40,27±16,08 (35)	p= 0,052	44,98±7,43 (46)	p= 0,239
11 yıl ve ↑	44,57±13,41 (44)		44,00±7,09 (44)	
Erkeğin Evlilik Uyumu Algısı				
Değişiklik olmadı	39,01±15,71		46,83±7,14 (47)	
Olumlu yönde	41,22±10,79		51,81±4,65 (52)	
değişme oldu		χ²=7,779		χ²=29,960
Olumsuz yönde	31,30±16,66	p=0,020**	39,68±7,03(40,5)	p=0,001**
değişme oldu				
Çiftlerin Sosyal Destek Algısı				
Sosyal destek yok	39,06±16,61 (33)		46,92±7,23 (47)	
Anlayışlı ve	34,73±13,54 (30)		48,20±6,75 (50)	
destekleyici		χ²=4,408		χ²=8,655
Eleştirel ve	41,14±12,62 (42)	p= 0,110	40,36±9,39 (40)	p= 0,013*
küçümseyici				
Kadınların Evlilik Uyum Algısı				
Hiçbir şey	40,29±16,37 (31)		46,79±7,29(48,5)	
Değişmedi		χ²=3,973		χ²=3,460
Çok Üzülüyorum	38,74±15,72 (34)	p= 0,410	46,58±7,47 (47)	p= 0,484
Eşim ve Ailesinden	31,47±8,93 (30)		48,06±7,16 (50)	
Utaniyorum				
Çok Mutsuzum	37,47±16,20(33,5)		46,83±8,37 (48)	
Boşanmaktan	42,67±16,64 (40)		42,00±6,63(41,5)	
Korkuyorum				

Z: Mann Whitney U Testi

χ²: Kruskal Wallis Testi

*p<0,05

**p<0,01

Araştırmada çiftlerin aile biçimleri ve evlilik süresi ile FSFSI ve EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Erkeklerin evlilik uyum algısı ile FSFI puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,020$; $p<0,05$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; eşinde olumlu değişme olan kadınların FSFI puan ortalamaları, eşinde herhangi bir değişim olmayanlardan ($p=0,016$) ve olumsuz değişiklik olanlardan ($p=0,009$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$).

Erkeklerin evlilik uyum algısı ile kadınların EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; eşinde olumlu değişme olan kadınların EUÖ puan ortalamaları, eşinde herhangi bir değişim olmayanlardan ($p=0,001$) ve olumsuz değişiklik olanlardan ($p=0,001$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Ayrıca erkeğin evlilik uyum algısında değişiklik olmaması durumu ile kadınların EUÖ puan ortalamaları, eşinde olumsuz değişiklik olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Sosyal destek algısı ile kadınların EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,013$; $p<0,05$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; sosyal destek algısı eleştirel ve küçümseyici olan kadınların EUÖ puan ortalamaları, hiçbir tepki vermeyenlerden ($p=0,015$) ve anlayışlı ve destekleyici olanlardan ($p=0,007$) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$). Kadınların evlilik uyum algısı ile FSFI ve EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 4.13’de infertilite öyküsüne ilişkin bazı özelliklere göre FSFI ve EUÖ puan ortalamaları yer almaktadır. İnfertilite nedenleri ile FSFI ve EUÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). İnfertilite tedavi süreleri ile FSFI ve EUÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 4.13: İnfertilite Öyküsüne İlişkin Bazı Özelliklere Göre FSFI ve EUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları.

Özellikler	FSFI (Toplam)		EUÖ (Toplam)	
	Ort±SS (Medyan)		Ort±SS (Medyan)	
İnfertilite Nedeni				
Kadın Kaynaklı	38,32±14,47 (34)		46,03±7,16 (48)	
Erkek Kaynaklı	34,80±13,02 (30)		$\chi^2=2,235$	47,83±7,97(47,5) $\chi^2=2,225$
İkisi de	39,67±11,13 (39,5)		p=0,525	44,00±8,25 (43) p= 0,521
Nedeni bilinmiyor	40,84±20,54 (37)		46,88±8,07 (48)	
İnfertilite Tedavi Süresi				
1 yıldan ↓	37,07±16,22 (31,5)		47,98±7,33 (48)	
1-2 yıl	35,80±12,31 (33)		$\chi^2=4,121$	46,95±7,27(48,5) $\chi^2=5,092$
3-5 yıl	39,04±12,76 (36,5)		p=0,249	43,92±8,36 (44) p= 0,165
6 yıl ve ↑	52,50±26,90 (48,5)		43,67±7,06 (45)	
χ^2 : Kruskal Wallis Testi *p<0,05				

4.6 FSFI, EUÖ ve ACYÖ Puan Ortalamalarının Kolerasyonlarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.14'de kadınların FSFI ve EUÖ puanlarının kolerasyon dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.14: Kadınların FSFI ve EUÖ Puanlarının Kolerasyon Dağılımları.

FSFI Ölçeği	EUÖ Toplam	
	r	p
İstek	0,308	0,001**
Uyarılma	0,274	0,002**
Lubrikasyon	0,172	0,005**
Orgazm	0,311	0,001**
Doyum	0,352	0,001**
Ağrı	0,227	0,011*
FSFI Toplam	0,343	0,001**
<i>r</i> : Spearman Rho Korelasyon Analizi *p<0,05 **p<0,01		

Araştırmada kadınların EUÖ puan ortalamaları ile istek (p=0,001), uyarılma (p=0,002), lubrikasyon (p=0,005), orgazm (p=0,001), doyum (p=0,001), ağrı

($p=0,011$) alt boyut ve FSFI puan ortalamaları ($p=0,001$) arasında pozitif yönde ve sırasıyla %30,8, %27,4, %17,2, %31,1, %35,2, %22,7 ve %34,3 düzeylerinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$).

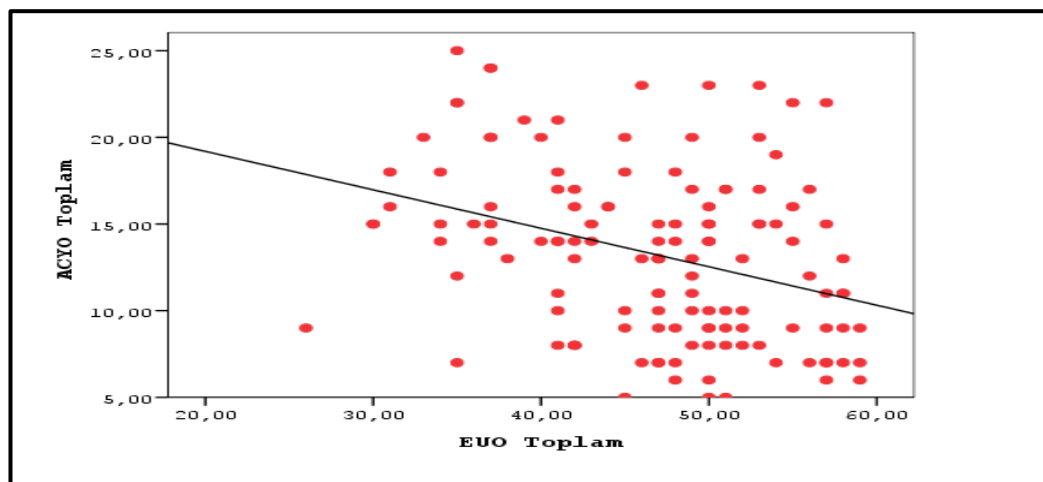
Çizelge 4.15’de erkeklerin ACYÖ ve EUÖ puanlarının kolerasyon dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.15: Erkeklerin ACYÖ ve EUÖ Puanlarının Korelasyon Dağılımları.

ACYÖ	EUÖ Toplam	
	r	p
Cinsel İstek	-0,408	0,001**
Uyarılma	-0,344	0,001**
İslenme/Sertleşme	-0,192	0,024*
Orgazm	-0,151	0,087
Orgazm Tatmin	-0,354	0,001**
ACYÖ Toplam	-0,235	0,011*

Araştırmada erkeklerin EUÖ puan ortalamaları ile cinsel istek ($p=0,001$), uyarılma ($p=0,002$), ıslenme/sertleşme ($p=0,024$), orgazm tatmin ($p=0,001$) alt boyut ve ACYÖ puan ortalamaları ($p=0,011$) arasında negatif yönde ve sırasıyla %40,8, %34,4, %19,2, %35,4 ve %23,5 düzeylerinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$).

Şekil 4.5’de erkeklerin ACYÖ ve EUÖ puanlarının kolerasyon dağılımı verilmiştir.



Şekil 4.5: Erkeklerin ACYÖ ve EUÖ Puanlarının Korelasyon Dağılımları.

5. TARTIŞMA

5.1 Kadınların EUÖ Puan Ortalamaları ile Katılımcıların Evlilik Uyumuna Yönelik Algılarına İlişkin Tartışma

Çocuk sahibi olamama, infertil çiftlerin emosyonel durumlarını, evlilik ve cinsel beraberliklerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Şen ve diğerleri, 2014). Ülkemizde anne kelimesiyle eş anlamda kullanılan kadın kelimesi çocuk sahibi olan kadınlar için toplumsal bir statüyü ifade edebilmektedir. Bu nedenle çocuk sahibi olamayan kadın sosyal çevreye karşı kendisini sorumlu hissederek yetersizlik ve suçluluk gibi olumsuz duygulara kapılabilmektedir (Durat ve diğerleri, 2018). Tüm bunların yanında infertilite tanı ve tedavi aşamaları oldukça uzun sürebilmektedir. Bu süreç emosyonel açıdan stres yaratırken, maddi açıdan ise infertil çiftleri zora sokmaktadır. Bu uzun ve zorlu süreçte çiftler bazen içinde buldukları durum için birbirlerini suçlayabilmekte ve yaşanan yoğun stres nedeniyle de evlilik çatışmaları ortaya çıkabilmektedir.

Bu araştırmada, infertil çiftlerin EUÖ puan ortalaması kesme puanının (<43) üzerinde bulunmuştur (46,65±7,61) (Çizelge 4.6). Literatürde infertil çiftlerin evlilik uyumuna ilişkin yapılan bazı çalışmalarda, çiftler arasında evlilik uyumunun iyi düzeyde olduğunu bildirilmiştir (Şen ve diğerleri, 2014; Bodur ve diğerleri, 2013; Valsangkar ve diğerleri, 2011; Martins ve diğerleri, 2011;Tüzer ve diğerleri, 2010; Ohl ve diğerleri, 2009; Peterson ve diğerleri, 2003; Pasch ve diğerleri, 2002). Neden olarak ise eşlerin mevcut kriz durumu karşısında birbirini desteklemesi, emosyonel açıdan paylaşım, tedaviye katılım ve sosyal destek varlığı gösterilmiştir. Onat ve K.Beji (2012), Türk infertil çiftlerde evlilik ilişkileri ve yaşam kalitesinin cinsiyetler üzerine etkisine ilişkin vaka kontrollü çalışmada, infertilitenin evlilik ilişkilerine olumsuz bir etkisinin olmadığını bildirmişlerdir. Öte yandan Monga ve diğerleri yaptıkları çalışmada infertil çiftlerde evlilik uyumu ve yaşam kalitesini düşük bulduklarını bildirmişlerdir. Yapılan benzer bir çalışmada Zeren ve diğerleri (2019), infertilite tedavisi alan kadınların evlilik uyum düzeyinin erkeklere göre daha düşük

olduğunu belirtmişlerdir. Egelioğlu-Cetişli ve diğerleri (2014), evlilik süresinin azalması ve cinsel sorunların artması durumlarının çiftlerin evliliklerindeki uyumu olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Evlilik süresinin eşlerde evlilik uyum düzeyini etkilediğini bildiren bir çalışmada evlilik süresi arttıkça evlilik uyumunun azaldığını belirtmiştir (Murat, 2019). Literatürde infertilitenin evlilik uyumuna etkisi ile ilgili farklı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır. Taşcı ve diğerleri (2008), infertil kadınlarda evlilik uyumunu değerlendirdikleri çalışmada kadınların evlilik uyumunda puan ortalamalarını $46,29 \pm 6,98$ olarak bulmuşlardır. Araştırmada EUÖ puan ortalaması literatürle benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada çiftlerin %33,1'inin EUÖ toplam puanları 43,55 puan altındayken, %66,9'unun 43,55 puanın üzerindedir (Çizelge 4.6). Başka bir deyişle araştırmaya katılan her 5 kadından 2'sinin ise evlilik uyum düzeyi düşük olarak bulunmuştur (Çizelge 4.6). Bunun nedenleri arasında kadınlarda yaşın 40-44 arasında olması, erkeklerin evlilik uyum algısının olumsuz olması, sosyal desteğin eleştirel ve küçümseyici algılanması, kadınlarda ve erkeklerde CİB'nun etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan kadınların %62,3'ü infertilite nedeniyle erkeğin evlilik uyum algısında değişiklik olmadığını, % 16,9'u ise olumsuz yönde değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmada kadınların %43,8'i çocuk sahibi olamama nedeniyle üzgün olduklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.5) Ayrıca çalışmada çiftlerin %54,6'sının sosyal destek almadığı ve %10,8'inin ise sosyal destek algısının eleştirel ve küçümseyici olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.5). Algül çalışmasında infertil kadınların %11,5'inin infertilite nedeniyle eşi ve ailesinin davranışlarında değişiklik olduğunu belirtmiştir. Kırço (2009) çalışmasında kadınların %90,7'sinin infertilite nedeniyle eşinin davranışlarında değişim olmadığını, %8'inin ise olumsuz yönde değişiklik olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada Kırço (2009), kadınların %65,3'ünün eşinin ailesinden infertilite nedeniyle tepki görmediklerini ifade ederken, %12'si ise eleştirel ve küçümseyici tepki aldıklarını belirtmiştir. Altay ve arkadaşlarının (2018) çalışması kadınların %91,3'ü çocuk sahibi olamadıkları için oldukça üzgün olduklarını bildirmiştir. Literatür incelendiğinde bu çalışmada olduğu gibi çocuk sahibi olamayan çiftlerin çoğunda eş ve ailenin davranışlarında olumsuz değişim olmadığı ancak kadınların bu durumdan dolayı üzgün oldukları görülmüştür.

5.2 Katılımcıların FSFI ve ACYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Tartışma

İnfertilite tablosu, çiftlerin cinsel ve evlilik uyumlarına, emosyonel durumlarına etki edebilen ve özgüvenlerinde azalmaya neden olabilen bir durumdur. Cinsel açıdan rahatsızlık yaratan infertilite durumu, çiftlerde cinsel birliktelikten kaçınma, duyulan zevk ve isteğin kaybolmasıyla cinsel işlev bozuklukları yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu zorlu süreçte çiftlerin cinsel tepkileri, infertilite nedenine, süresine ve çiftlerin baş etme mekanizması varlığına göre değişiklik gösterebilmektedir (Küçükdurmaz ve diğerleri, 2016). İnfertilitenin tanı ve tedavi süreci kimi zaman aylar hatta çoğu zaman yıllar alabilmektedir. Bu süreçte eşlerin cinsel birliktelikleri tamamen gebelik elde etmeye yöneliktir. Eşler ovulasyon zamanını belirleyerek özellikle bu dönemde cinsel birliktelikte bulunurlar. Ovulasyon dönemi dışındaki zamanlarda cinsel istek, cinsel birlikteliği başlatma gibi eylemler anlamsız bir hal alabilir ve eşler için cinsellik yalnızca üreme için yapılan bir eylem haline dönüşebilmektedir.

Literatür incelendiğinde kadınların %30-60 gibi önemli bir çoğunluğunun hayatı boyunca en az bir tane cinsel sorunla karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir (CETAD, 2007). KCİB prevalansının %38-63 arasında olduğu bildirilmektedir (Geiss vd 2003). Ferraresi ve diğerleri (2013), infertilitenin kadın ve erkek cinselliğini nasıl etkilediği üzerine güncel çalışmaları inceledikleri çalışmada, infertil çiftlerin fertil çiftlerden daha fazla CİB riskiyle karşı karşıya olduğunu belirtmişlerdir. Perlis ve diğerleri (2013), koitus sıklığı ve infertil erkeklerde koitus sıklığını etkileyen faktörler üzerine yaptıkları çalışmada erkeklerin %24'ünün ayda 4'ten daha az cinsel ilişkide bulduklarını tespit etmişlerdir.

Bu çalışmada kadınların FSFI puan ortalaması kesme puanının üzerinde (<26,55) tespit edilmiştir (37,78±15,28) (Çizelge 4.7). Literatürde infertilite sorunu yaşayan kadınların FSFI'den aldıkları toplam puan ortalamaları 71±17,5 ile 21,6±1,7 arasında değişiklik göstermektedir (Lo ve Kok, 2016; Kucur Suna ve diğerleri, 2016; Yeoh ve diğerleri, 2014; Eftekhar ve diğerleri, 2014; Jamali ve diğerleri, 2014; Pakpaur ve diğerleri, 2012; Keskin ve diğerleri, 2011; Carter ve diğerleri, 2011). Bu çalışmada FSFI alt ölçek puanlarında en düşük olan alt ölçek lubrikasyondur (3,44±1,61) (Çizelge 4.7). Mendonca ve diğerleri (2017), infertil kadınlarda CİB sıklığını değerlendirmeye yönelik yaptıkları sistematik derlemede,

kadınların en fazla etkilenen cinsel işlevin orgazm, lubrikasyon ve istek olduğunu bildirmişlerdir. Smith ve diğerleri (2015), IVF uygulanan kadınlarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında cinsel ilgi, istek, orgazm, doyum, cinsel aktivite anlamlı derece düşük bulunmuştur. Lo ve Kok (2016), Hong Kong'da infertilite sorunu olan kadınların cinsel işlevine ilişkin FSFI ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada en düşük puan alan alt ölçek cinsel istek olarak bulunmuştur (3.20 ± 0.58). Pakpaur ve diğerlerinin (2012) İranlı infertil kadınlardaki CİB prevalansını değerlendirmek amacıyla FSFI ölçeği kullanarak yaptıkları başka bir çalışmada en düşük puan alan alt ölçek orgazm olarak tespit edilmiştir (3,39). ABD'de yapılan başka bir çalışmada CİB saptanan kadınların %22'sinde cinsel isteksizlik, %14'ünde uyarılma ve %7'sinde ise ağrı ile ilişkili sorunlar yaşadığını göstermektedir (Laumann ve diğerleri 1999). Algül ise çalışmasında kadınların %61,5'inde cinsel isteksizlik, %61,5'inde lubrikasyon bozukluğu, %51,9'unda orgazm bozukluğu olduğunu bulmuştur. Lee ve diğerlerinin Tayvan'da yaptığı çalışma, kadınlarda cinsel doyumun erkeklere kıyasla daha az olduğunu ve cinsel işlev durumuyla ilgili cinsiyete göre farklılık oluşturduğunu belirtmişlerdir. Literatürde konuyla ilgili farklı sonuçlara rastlanmış olup araştırmadan elde ettiğimiz bulgular Mendonca ve diğerlerinin çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur.

Erkeğin cinsel işlev durumu, çiftlerin cinsel işlevine ilişkin önemli bir işaretir (Küçükdurmaz ve diğerleri, 2016). Araştırmaya katılan erkeklerin ACYÖ puan ortalamaları kesme puanının (>19) altında tespit edilmiştir ($13,28 \pm 4,96$) (Çizelge 4.8). Algül (2013) çalışmasında erkeklerde ACYÖ puan ortalamasını $10,92 \pm 3,44$ olarak Kırço (2009) ise $9,28 \pm 2,97$ olarak bulmuştur. Bu araştırmada erkeklerde ACYÖ alt ölçek puanlarında en düşük olan alt ölçek cinsel istektir ($1,89 \pm 1,08$) (Çizelge 4.8). Algül (2013) çalışmasında erkeklerde ACYÖ alt ölçek puanlarında en düşük olan alt ölçek uyarılma ($2,03 \pm 0,88$) olarak, Kırço (2009) ise orgazm tatmin ($1,62 \pm 0,82$) olarak bildirmiştir. Tayebi ve Ardakani (2009) infertil kadınlarda CİB prevalansını değerlendirmek için yaptıkları çalışmada kadın ve erkeklerin %58.3'ünde infertilite tanısı sonrası cinsel istekte azalma olduğunu bulmuştur. Tunç ve diğerleri infertil erkeklerde cinsel işlev bozukluğunu değerlendirdikleri çalışmada, CİB olan infertil erkeklerin %22'sinde erektil disfonksiyon, %57'sinde prematür ejakülasyon ve %8'inde cinsel isteksizlik olduğunu bulmuşlardır. Jain ve diğerleri (2000), Hindistan'da infertil çiftler üzerine yaptıkları çalışmada erkeklerde en sık

görülen cinsel sorunun %66 oranıyla erken boşalma olduğunu belirtmişlerdir. Ohl ve diğerleri (2009), infertilite ve yardımcı üreme tekniklerinin cinsel yaşama etkisine yönelik yaptıkları çalışmada cinsel ilişki sırasında cinsel zevk daha az etkilenirken, birçok çiftte cinsel istekde azalma olduğu bildirilmiştir. Monga ve diğerleri (2004), infertilitenin yaşam kalitesi, evlilik uyumu ve cinsel işlev üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada, erkeklerin psikolojik baskı nedeniyle yalnızca kadınların ovulasyon dönemlerinde cinsel birliktelikte bulduklarını ve bu nedenle de daha az cinsel doyum yaşadıklarını belirtmişlerdir. Literatürde erkeklerde en fazla etkilenen cinsel işleve ilişkin farklı sonuçlara rastlanmıştır. Araştırma bulgularımız Tayebi ve Ardakani (2009) ile Ohl ve diğerlerinin (2009) çalışmaları ile uyumludur.

Bu araştırmada FSFI puan ortalamasına göre kadınların %23,1'inde, ACYÖ puan ortalamasına göre ise erkeklerin %14,6'sında CİB tespit edilmiştir (Çizelge 4.9). ABD'de yapılan ulusal bir çalışmada kadınların %43' den fazlasının, erkeklerin ise %31'inin CİB yaşadığı tespit edilmiştir (Laumann ve diğerleri 1999). Slade ve diğerleri, IVF tedavisi alan 144 çifti dahil ettikleri çalışmada, kadınların eşlerine kıyasla evlilik ve cinsel ilişkilerinin daha fazla etkilendiğini bildirmişlerdir. Song ve diğerleri (2016), doğurganlık dönemindeki infertil çiftlerin cinsel işlev durumuna ilişkin yaptıkları çalışmada erkek partnerde de CİB yaygın olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada erkeklerin cinsel işlev konusunda daha fazla problem yaşadığı belirtilmiştir (Karlıdere ve diğerleri 2007). Algül (2013) infertil çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında kadınların %82,7'sinde, erkeklerin ise %49,1'inde CİB olduğunu belirtmiştir. İnfertilitenin cinsel yaşama etkisine yönelik yapılan başka bir çalışmada, kadınların %77'sinde, erkeklerin ise %23'ünde CİB bildirilmiştir (Kırço, 2009). Sömek (2008), infertil bireylerde yalnızlık düzeyini etkileyen faktörlere ilişkin 130 bireyi dahil ederek yaptığı çalışmada, kadınların %23'ünün, erkeklerin ise %16,7'sinin cinsel yaşamının etkilendiğini belirtmiştir. Yeoh ve diğerleri (2014), Malezya'da yaptıkları çalışmada kadınların %11.3'ünde CİB olduğunu belirtmişlerdir. Gölbaşı ve diğerleri (2014), evli kadınlarda CİB sıklığını tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada, jinekoloji kliniğine başvuran kadınların %78'inin CİB yaşadığını saptamışlardır. Çayan ve diğerleri (2004), ülkemizde KCİB prevalansını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların %46,9'unun CİB yaşadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada

literatürde olduğu gibi infertil kadınlarda, erkeklere göre daha sık CİB görüldüğü bulunmuştur.

5.3 Çiftlerin Bazı Sosyodemografik ve İnfertilite Öyküsüne Göre EUÖ, FSFI ve ACYÖ Puanlarına İlişkin Tartışması

Yaş bireylerin cinsel işlev düzeyi üzerine etki eden önemli faktörlerden birisidir. Fakat bu araştırmada kadınların yaşının CİB'e etkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 4.10). Japonya'da yapılan bir çalışma, yaşın artmasıyla kadınlarda CİB prevalansının da arttığını göstermiştir (Hisasue ve diğerleri, 2005). Kaba (2018), infertil kadınlarda cinsel işlev ve çift uyumunu incelediği çalışmada, kadınlarda yaşın artmasıyla cinsel doyumunda arttığını bildirmiştir. Egelioglu-Cetişli ve diğerleri (2014) ve Kırço (2009) yaptıkları çalışmada yaşın cinsel işlev üzerine etkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Literatürde bazı çalışmalar yaşın artmasıyla CİB'inde arttığını bildirmektedir (Jamali ve diğerleri, 2014; Pakpour ve diğerleri, 2012; Hisasue ve diğerleri, 2005; Çayan ve diğerleri, 2004). Literatürde infertil kadınların yaşının CİB'e etkisine yönelik farklı araştırma sonuçları bulunmakla birlikte araştırmadan elde ettiğimiz bulgular Egelioglu-Cetişli ve diğerleri (2014) ile Kırço (2009) çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

Bu araştırmada kadınlarda yaş ile EUÖ puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,021$; $p<0,05$). Araştırmada 40- 44 yaş arası kadınların EUÖ puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Kaba (2018) infertil kadınlarda cinsel işlev ve çift uyumu üzerine yaptığı çalışmada, yaşın artmasıyla çift uyumunun azaldığını tespit etmiştir. Bildirici'nin (2016) evlilik süresinin, cinsel yaşama ve evlilik uyum düzeyine etkisine yönelik yaptığı çalışma yaşın artmasıyla birlikte evlilik uyum düzeyinin azaldığını bildirmiştir. Droszol ve Skrzypulec (2009), Polonya'da yaptıkları çalışmada kadınlarda yaşın artmasıyla evlilik uyum düzeyinin azaldığını belirtmişlerdir. Yapılan bazı araştırmalar ise yaş faktörünün evlilik uyumuna etki etmediği bildirilmektedir (Şen ve diğerleri, 2014; Egelioglu- Cetişli ve diğerleri, 2014). Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular Kaba (2018), Bildirici (2016) ve Droszol ve Skrzypulec'in (2009) çalışmaları ile uyumludur.

Araştırmada eğitim durumu lise ve üzeri (%57,7) olan kadınların FSFI puan ortalaması diğer gruplara kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Çizelge 4.10). Bir başka deyişle bu araştırmada kadınlarda eğitim durumu arttıkça CİB'nun arttığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda ev hanımı olan kadınların (%66,9) FSFI puan ortalaması işçi ve memur olan kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.10). Kaba (2018) çalışmasında kadınların eğitim ve çalışma durumlarının cinsel işlev durumuna etki etmediğini bildirmişlerdir. Egelioglu-Cetişli ve diğerleri (2014) primer infertil kadınlardaki cinsel işlev ve çift uyumunu inceledikleri çalışmalarında eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu ile cinsel işlev durumu arasında ilişki olmadığını bildirmişleridir. Literatürde bazı çalışmalar eğitim durumunun artmasıyla cinsel sorunların azaldığını göstermektedir (Pakpour ve diğerleri, 2012; Kırço, 2009; Tashbulatova, 2007; Laumann ve diğerleri, 1999). Literatür incelendiğinde bazı çalışmalar kadınların çalışma durumları ile cinsel işlev durumu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu bildirmektedir (Pakpour ve diğerleri, 2012; Kırço, 2009; Tashbulatova, 2007). Jamali ve diğerleri (2014), infertil kadınlarda vücut kitle indeksi ve cinsel işlev arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları çalışmada, kadınların çalışıyor ve eğitim durumunun yüksek olmasının FSFI puanında diğer gruplara kıyasla daha düşük olduğunu göstermişleridir. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular Jamali ve diğerlerinin çalışmasıyla uyumludur.

Bu araştırmada kadınların eğitim düzeyinin ve mesleklerinin ile evlilik uyum düzeyine etkisi olmadığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.10). Literatürde bazı çalışmalar kadınların eğitim ve çalışma durumu, gelir düzeyi gibi bazı faktörlerin evlilik uyum düzeyine etkisi olduğunu bildirmektedir (Şen ve diğerleri, 2014; Bodur ve diğerleri, 2013; Droszol ve Skrzypulec, 2009). Egelioglu-Cetişli ve diğerleri (2014) primer infertil kadınlardaki cinsel işlev ve çift uyumunu inceledikleri çalışmalarında eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu ile çift uyumu arasında ilişki olmadığını bildirmişleridir. Güleç ve diğerleri (2011) yaptıkları çalışmada çift uyumu ile sosyodemografik özelliklerin arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığını bildirmektedir. Araştırma bulgularımız Egelioglu-Cetişli ve diğerleri (2014) ile Güleç ve diğerlerinin çalışmaları ile uyumludur.

Bu çalışmada erkeklerin eğitim düzeyinin CİB'e etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.11). Literatürde bazı çalışmalar eğitim durumunun artmasıyla cinsel sorunların azaldığını göstermektedir (Pakpour ve diğerleri, 2012; Kırço, 2009;

Tashbulatova, 2007; Laumann ve diğeri, 1999). Araştırma bulguları literatürle uyumludur. Bu araştırmada erkeklerin yaşının ve meslek durumunun CİB'e etkisinin olmadığı bulunmuştur (Çizelge 4.11). Kırço (2009) çalışmasında erkeklerin ACYÖ puanları ile çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğunu belirtmiştir. Laumann ve diğeri (1999) çalışmasında erkeklerde yaşla birlikte ereksiyon ve cinsel istek sorunlarının arttığını bildirmiştir. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular literatürle farklılık göstermektedir.

Çalışmada erkeklerin evlilik uyum algısının kadınların CİB ve evlilik uyum düzeyine etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.12). Eşinin evlilik uyum algısında olumlu değişim olan kadınların EUÖ puan ortalamaları, eşinin evlilik uyum algısında herhangi bir değişim olmayanlardan ($p=0,001$) ve olumsuz değişiklik olanlardan ($p=0,001$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Çizelge 4.12). Ayrıca erkeğin evlilik uyum algısında değişiklik olmaması durumu ile kadınların EUÖ puan ortalamaları, eşinde olumsuz değişiklik olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Başka bir deyişle erkeklerde evlilik uyum algısının olumsuz yönde değişmesi, kadınlarda evlilik uyum düzeyinin düşmesiyle ilişkili bulunmuştur (Çizelge 4.12). Kırço (2009) çalışmasında kadınların ACYÖ puanı ile eşin tutumunda değişiklik arasında istatistiksel olarak önemsiz olduğunu bildirmiştir. Casu ve diğeri (2019), infertilite tedavisine başlayan çiftler arasında sosyal destek, başa çıkma ve stres arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları çalışmada, eşin desteğinin potansiyel bir koruyucu rolü olduğunu belirtmişlerdir. Yazdani ve diğeri (2016), İranlı infertil çiftler arasında evlilik kalitesi, sosyal destek ve başa çıkma stratejileri üzerine yaptıkları çalışmada, evlilik ilişkileri ile erkeklerin algıladıkları sosyal destek varlığı arasında pozitif ve anlamlı düzeyde ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Soleimani ve diğeri (2015), duygusal odaklı çift terapisinin cinsel doyum ve evlilik uyumuna etkisini inceledikleri çalışmada, çift terapisinin cinsel doyum ve evlilik uyumunu olumlu etkilediğini bildirmişlerdir. Taşçı ve diğeri, yaptıkları çalışmada infertil kadınların %93,1'inin eşlerinden psikolojik destek ve yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Literatüre göre erkeklerin evlilik uyum algısının olumlu yönde olması ve eşine olan sosyal desteği evlilik uyum düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (Casu ve diğeri, 2019; Yazdani ve diğeri, 2016; Taşçı ve diğeri, 2008; Pasch ve diğeri 2002). Çalışmamız literatürle uyumludur.

Bu çalışmada sosyal destek algısının kadınlarda evlilik uyum düzeyine etkisinin olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.12). Sosyal destek algısı eleştirel ve küçümseyici olan kadınların EUÖ puan ortalamaları, hiçbir tepki vermeyenlerden ($p=0,015$) ve anlayışlı ve destekleyici olanlardan ($p=0,007$) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$). Başka bir deyişle sosyal destek varlığı kadınlarda evlilik uyum düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Kadın ve erkek için stresli bir evlilik ilişkisine neden olan infertilite tablosuyla baş etmede temel nokta çiftlerin birbirine olan ortak desteğidir (Ying ve diğerleri, 2015). Qadir ve diğerleri (2015), Pakistan'da primer infertil kadınlarda sosyal destek ve evlilik uyumunu araştırdıkları çalışmada, evlilik uyumu ve sosyal desteğin psikolojik sıkıntı ile anlamlı düzeyde negatif ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Martins ve diğerleri (2011), yaptıkları çalışmada kadınların infertilite tedavisi ile baş etmede sosyal desteğin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Taşçı ve diğerleri, yaptıkları çalışmada infertil kadınların %83,3'ünün çevresel çocuk sahibi olma için baskı gördüğünü ve bu durumun ise evlilik uyumunu olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Oğuz (2004), çalışmasında eşin ailesinden algılanan sosyal desteğin eleştirel tutumda olmasının kadınlarda depresyon ve anksiyeteye neden olabileceğini belirtmiştir. Peterson ve diğerleri (2003) çalışmalarında infertilite ile ilgili sosyal stres algısını eşit düzeyde algılayan çiftlerde, stresi farklı düzeyde algılayan çiftlere göre evlilik uyumunun daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Literatüre göre infertil çiftlerde sosyal destek varlığı evlilik uyum düzeyini olumlu yönde etkilemektedir (Casu ve diğerleri, 2019; Yazdani ve diğerleri, 2016; Qadir ve diğerleri, 2015; Taşçı ve diğerleri, 2008). Bu çalışmada erkeklerin evlilik uyum algısının olumsuz olması (%16,9), sosyal desteğin eleştirel ve küçümseyici algılanması (%10,8) ve çocuk sahibi olamama nedeniyle üzgün olma (%43,8) durumlarının kadınların evlilik uyum düzeyini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Çalışmamız literatürle uyumludur.

5.4 FSFI, EUÖ ve ACYÖ Puan Ortalamalarının Kolerasyonlarının Dağılımına İlişkin Tartışma

Bu çalışmada, kadınların EUÖ puan ortalamaları ile istek ($p=0,001$), uyarılma ($p=0,002$), lubrikasyon ($p=0,005$), orgazm ($p=0,001$), doyum ($p=0,001$), ağrı ($p=0,011$) alt boyut ve FSFI puan ortalamaları ($p=0,001$) arasında pozitif yönde ve sırasıyla %30,8, %27,4, %17,2, %31,1, %35,2, %22,7 ve %34,3 düzeylerinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$) (Çizelge 4.14).

Başka bir deyişle evlilik uyum düzeyinin kadınların CİB'e etkisinin olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.14). Erkeklerin ise EUÖ puan ortalamaları ile cinsel istek ($p=0,001$), uyarılma ($p=0,002$), ıslanma/sertleşme ($p=0,024$), orgazm tatmin ($p=0,001$) alt boyut ve ACYÖ puan ortalamaları ($p=0,011$) arasında negatif yönde ve sırasıyla %40,8, %34,4, %19,2, %35,4 ve %23,5 düzeylerinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$) (Çizelge 4.15). Başka bir deyişle evlilik uyum düzeyinin erkeklerin CİB'e etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.15). Murat (2019), çalışmasında cinsel doyum arttıkça evlilik uyumunda pozitif yönde arttığını belirtmiştir. Kaba (2018), çalışmasında infertil kadınların evlilik uyumlarının iyi düzeyde olduğunu ve cinsel ilişki ve işleve ilişkin sorunları daha az yaşadıklarını ve evlilik uyumu ile cinsel doyum arasında orta düzeyde ilişki olduğunu bildirmiştir. Egelioğlu-Cetişli ve diğerleri (2014), çalışmalarında infertil çiftlerde evlilik uyumunun artmasıyla daha az cinsel işlev bozukluğu yaşadıklarını belirtmiştir. Güleç ve diğerleri (2011), infertil çiftlerde cinsel işlev durumunun eş uyumuna etkisini inceledikleri çalışmada cinsel işleve ilişkin anlamlı düzeyde değişiklik olmadığını bildirmişlerdir. Litaratüre göre evlilik uyum düzeyi arttıkça CİB azaldığı bildirilmektedir (Murat, 2019; Kaba, 2018; Egelioğlu-Cetişli ve diğerleri, 2014). Bu araştırma infertilite tanısı alan kadınlarda evlilik uyum düzeyinin artmasıyla çiftlerin daha az cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Çalışmadan elde ettiğimiz bulgular literatür ile uyumludur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

İnfertilite nedeniyle Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin eşlerin evlilik ve cinsel uyumlarına etkisinin saptanması amacıyla yapılan çalışmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir:

Araştırmaya katılan infertil kadınların yaşları ortalaması $29,00 \pm 5,69$, erkeklerin yaşları ortalaması ise ortalaması $31,65 \pm 5,70$ 'dir (Çizelge 4.1). İnfertil kadınların %57,7'sinin, eşlerinin ise %72,3'ünün lise mezunu ve üzeri eğitime sahip olduğu ve infertil kadınların %66,9'unun ev hanımı, eşlerinin ise %53,8'inin memur olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1).

Çiftlerin %40'ının toplam aylık gelirinin 2001 TL ve üzerinde olduğu bulunmuştur (4.2). İnfertil çiftlerin %73,1'inin sağlık güvencesinin olduğu ve bu kişilerin %51,6'sının sağlık güvencesinin kısırlık tedavisi masraflarını karşıladığı %51,5'inin ise tedavi masraflarını karşılamakta zorluk çektiği belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

İnfertil çiftlerin %86,2'si çekirdek aileye sahip olup %53,8'inin evlilik süreleri 1-5 yıldır (Çizelge 4.3). Çiftlerin %9,2'sinin yaşayan çocuklarının olduğu ve bu çocuklardan %8,3'ünün infertilite tedavisi ile olduğu bulunmuştur. Çiftlerin infertilite süreleri 1 ve 19 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $2,55 \pm 2,62$ yıldır. Çiftlerin %84,6'sının infertilite konusunda eğitim aldığı ve bu kişilerin %52,7'sinin eğitimi doktordan aldığı bulunmuştur (4.3).

İnfertil kadınların %44,6'sının 1 yıldan az süredir infertilite tedavisi gördüğü, %45,4'ünün infertilitenin kendisi kaynaklı olduğu, %32,3'ünün infertilite nedeninin prematür overyan yetmezlik olduğu ve %22,3'ünün hormon, aşılama ve IVF tedavisi gördüğü bulunmuştur (Çizelge 4.4).

Çiftlerin %16,9'unun evlilik uyum algısında olumsuz yönde değişim olduğu, %10,8'inin sosyal destek algısının eleştirel ve küçümseyici olduğu ve %4,6'sının infertilite nedeniyle boşanmaktan korktuğu belirlenmiştir (Çizelge 4.5).

Çiftlerin evlilik uyumu ölçeği puanları 26 ile 59 arasında değişmekte olup, ortalaması $46,65 \pm 7,61$ olarak belirlendi (Çizelge 4.6). Çiftlerin %33,1'inin evlilik uyumu ölçeği toplam puanları 43,5 puan ve altındayken, %66,9'u 43,5 puanın üzerinde bulunmuştur (Çizelge 4.6).

İnfertil kadınların FSFI puan ortalamaları $37,78 \pm 15,28$ 'dir (Çizelge 4.7). Cinsel istek de puan ortalaması $5,42 \pm 1,89$, uyarılmada $11,83 \pm 5,17$ lubrikasyonda $3,44 \pm 1,61$ orgazm $7,50 \pm 2,88$ cinsel doyum $4,12 \pm 3,75$ ağrı $5,47 \pm 3,30$ olarak bulunmuştur (Çizelge 4.7).

Erkeklerin ACYÖ gruplarına göre cinsel istek puan ortalamasının $1,89 \pm 1,08$ olduğu, uyarılma puan ortalamasının $2,66 \pm 1,27$ olduğu, ıslanma\sertleşme $3,15 \pm 1,10$ orgazm $2,35 \pm 1,24$ ve orgazm tatmin puan ortalamasının $2,35 \pm 1,24$ olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.8).

Kadınların %23.1'inin FSFI toplam puanları 26,55 puan ve altındayken, %76.9'unun 26,55 puanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.5). Erkeklerin %85.4'ünün ACYÖ göre puanlarının ≤ 19 olduğu saptanmıştır. Erkeklerin %14.6'sının CİB yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.9).

Kadınların yaş grupları ile FSFI toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemsiz bulunmuş ($p > 0,05$) olup, EUÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p = 0,021$; $p < 0,05$). Kadınların eğitim durumları arasında FSFI toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p = 0,002$; $p < 0,05$). Kadınların eğitim durumları arasında EUÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$).

Kadınların meslekleri arasında FSFI toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p = 0,003$; $p < 0,01$). Kadınların meslekleri arasında EUÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$).

İnfertil kadınların eşlerinin ACYÖ toplam puanlarıyla eğitim durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 4.11). Erkeklerin yaş grupları arasında ACYÖ toplam puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$). Erkeklerin meslekleri ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$) (Çizelge 4.11).

Katılımcıların aile biçimleri ve evlilik süresi ile FSFSI ve EUÖ puanları istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$).

Erkeklerin evlilik uyum algısı ile FSFI puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p = 0,020$; $p < 0,05$). Erkeklerin evlilik uyum

algısı ile EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kadınların ve ailelerinin etkilenme durumları ile FSFI ve EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

İnfertilite nedenleri ile FSFI ve EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). İnfertilite tedavi süreleri ile FSFI ve EUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların EUÖ puan ortalamaları ile istek ($p=0,001$), uyarılma ($p=0,002$), lubrikasyon ($p=0,005$), orgazm ($p=0,001$), doyum ($p=0,001$), ağrı ($p=0,011$) alt boyut ve FSFI puan ortalamaları ($p=0,001$) arasında pozitif yönde ve sırasıyla %30,8, %27,4, %17,2, %31,1, %35,2, %22,7 ve %34,3 düzeylerinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$). Bir başka deyişle EUÖ puan ortalaması arttıkça FSFI puan ortalamaları da artmaktadır.

Erkeklerin EUÖ toplam puanları ile cinsel istek ($p=0,001$), uyarılma ($p=0,002$), ıslanma/sertleşme ($p=0,024$), orgazm tatmin ($p=0,001$) alt boyut ve ACYÖ toplam ($p=0,011$) puanları arasında negatif yönde ve sırasıyla %40,8, %34,4, %19,2, %35,4 ve %23,5 düzeylerinde istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,01$). Bir başka deyişle EUÖ puan ortalamaları arttıkça ACYÖ puan ortalamaları azalmaktadır.

6.2 Öneriler

1. Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin yaşam boyu üreme sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesine yönelik infertilite sorunu yaşayan kadın ve erkeklerin cinsel sağlık ve evlilik uyumlarının, olası risk faktörleri göz önünde bulundurularak sağlık hizmeti sunucuları tarafından kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi önerilmektedir.

2. Eşlerin infertilite tablosu karşısında yaşadıkları CİB ve evlilik uyum sorunlarına ilişkin cinsel terapi, evlilik terapisini kapsayan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması, gerekli görölen durumlarda psikiyatr, psikolog, seksolog, ürolog gibi alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerine sevk edilmesi önerilebilir.

3. Konuya yönelik kontrol grublu, örneklem büyüklüğü daha fazla olan çalışmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Algül, Ö., & Aksu, H.** (2014). İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 24(3), 171-178.
- Algül, Ö.** (2013). *İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın.
- Altay, B., Baltacı, N., Avcı, İ. A., & Aydın, N.** İnfertilite tedavisi gören kadınlarda kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 69-85.
- Amanak, K., Karaöz, B., & Sevil, Ü.** (2014). Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 13(4).
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (2001). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR), Çev.: E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Aşçı, Ö., & Kızılkaya Beji, N.** (2012). İnfertilite danışmanlığı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20, 154-159.
- Audu, B. M.** (2002). Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(6), 655-657. <https://doi.org/10.1080/0144361021000020475>
- Aydın, S., & Beji, N. K.** (2013). İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (Head)*, 10(2), 8-13.
- Aygin, D., & Aslan, F. E.** (2005). Kadın cinsel işlev ölçeği'nin türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*, 25(3), 393-399.
- Beji, N. K., & Kaya, D.** (2012). Individual, couple and group counseling in infertility/Infertilitede birey-cift ve grup danismanligi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 9(3), 10-15.
- Bildirici, A.** (2016). *Evlilik süresinin, cinsel yaşama ve evlilik uyumuna etkisi ve sonuçların sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Bilgin, Z., & Kömürcü, N.** (2016). Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*, 18(64), 48-55.
- 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).

- Boyar, H. İ.** (2013). Kadın infertilitesi ve endokrinolojik hastalıklar. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 40(4).
- Bozdemir, N., & Özcan, S.** (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 5(4), 37-46.
- Butcher, J. N. , Mineka S. , Hooley J.M.** (2013).Cinsel işlev bozuklukları. Gündüz, O. (Çev). İstanbul: Anormal Psikoloji. (1. Basım 2013). (s. 830- 844). Kaknüs Yayınları.
- Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R. E., & Rosenwaks, Z.** (2011). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertility and sterility*, 95(2), 711-716.
- Casu, G., Zaia, V., Fernandes Martins, M. D. C., Parente Barbosa, C., & Gremigni, P.** (2019). Authors' copy J Fam Psychol. 2019 Feb 7. doi: 10.1037/fam0000502.[Epub ahead of print]. *J Fam Psychol*.
- Cayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B. U. L., Acar, D., & Ulusoy, E. U. M.** (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72(1), 52-57.
- Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi**, 2007. Kadın Cinselliği, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, İstanbul
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi**, 2007. Cinsel Yaşam ve Sorunları, Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneği, İstanbul.
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi**, 2007. Erkek Cinselliği, Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneği, İstanbul.
- Coşkun. A..** (2016). Aile planlaması ve infertiite. Coşkun. A. M (Yay. Haz.). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı (S. 40 - 67). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları
- Çoban, T. K., & Dinç, A.** (2013). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi.
- Doğan, S.** (2011). Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. *Journal Of Mood Disorders; Cilt: 1/Sayı: 2;* 81-6.
- Dohle, G. R., Colpi, G. M., Hargreave, T. B., Papp, G. K., Jungwirth, A., Weidner, W. E. A. U., & EAU Working Group on Male Infertility.** (2005). EAU guidelines on male infertility. *European urology*, 48(5), 703-711.
- Durat, G., Özdemir, K., & Çulhacık, G. D.** (2018). Dyadic adjustment and hopelessness levels among infertile women. *Cukurova Medical Journal*, 43, 1-6.
- Duman, NB.** (2018). Cinsellik ve cinsel sağlık: tanımlar, kavramlar, cinsel hak ve özgürlükler, Duman B,N (Yay. Haz), Cinsel Sağlık (s.21 – 23). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri

- Duman NB, Koçak C.** Depression, sexual dysfunction and the affecting factors among the women treated for infertility. *Health MED* 2013;7(5):1641-50.
- Dünya Sağlık Örgütü.** (1992). ICD-10 zihinsel ve davranışsal bozuklukların sınıflandırılması: klinik tanımlar ve tanı kılavuzları. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü.
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V.** (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *The journal of sexual medicine*, 6(12), 3335-3346. doi: 10.1111 / j.1743-6109.2009.01355.x
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V.** (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(3), 271-281. <https://doi.org/10.1080/13625180802049187>
- Egelioglu-Cetişli, N., Serçekuş, P., & Oğuz, N.** (2014). Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Turkish Journal Of Research & Development In Nursing*, 16(3).
- Eftekhar, T., Sohrabvand, F., Zabandan, N., Shariat, M., Haghollahi, F., & Ghahghaei-Nezamabadi, A.** (2014). Sexual dysfunction in patients with polycystic ovary syndrome and its affected domains. *Iranian journal of reproductive medicine*, 12(8), 539.
- Elnashar, A. M., EL-Dien Ibrahim, M., El-Desoky, M. M., Ali, O. M., & El-Sayd Mohamed Hassan, M.** (2007). Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(2), 201-206.
- Emel, E. G. E., Belgin, A. K. I. N., Arslan, S. Y., & Bilgili, N.** (2010). Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 3(1), 137-144.
- Emine, K. O. Ç., & Oskay, Ü.** (2015). Postpartum dönemde cinsellik ve danışmanlık. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 15-26.
- Erdoğan, S., Çöğendez, E., Eken, M., Keyif, B., Erdoğan, B., & Kaya, E.** Kontrollü ovulasyon induksiyonu ve intrauterin inseminasyon tedavisi alan infertil hastalarda gebelik oranlarını etkileyen faktörler. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (IKSST)*, 2015; 7(1): 1-7 | DOI: 10.5222/iksst.2015.001
- Geiss, I. M., Umek, W. H., Dungal, A., Sam, C., Riss, P., & Hanzal, E.** (2003). Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. *Urology*, 62(3), 514-518.
- Gereklioğlu, Ç., Başhan, İ., & Akpınar, E.** (2010). Erkek cinsel işlev bozukluklarında aile hekimliği yaklaşımı. *Marmara Medical Journal*, 23(2), 308-315.

- Gokler, M. E., Unsal, A., & Arslantas, D.** (2014). The prevalence of infertility and loneliness among women aged 18-49 years who are living in semi-rural areas in western Turkey. *International journal of fertility & sterility*, 8(2), 155.
- Gölbaşı, Z., Tuğut, N., Erenel, A., & Eroğlu, K.** (2014). Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Medical Journal*, 36(1), 1-10.
- Gurkan, L., Raynor, M. C., & Hellstrom, W. J.** (2009, March). Sex and the infertile male. In *Seminars in reproductive medicine* (Vol. 27, No. 02, pp. 186-190). © Thieme Medical Publishers
- 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).
- Güleç, G., Yalçın, E. G., & Yenilmez, Ç.** İnfertil çiftlerde kaygı, öfke, başa çıkma yöntemleri, yeti yitimi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 20(1), 1-8.
- Gülsün, M., Ak, M., & Bozkurt, A.** (2009). Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 1(1), 68-79.
- Güngör, İ., & Beji, N. K.** (2015). İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 152-159.
- Gürsoy, E., & Gençalp, N. S.** (2010). Cinsel sağlık eğitiminin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(23), 29-36.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması**, 2013. TNSA, Ankara
- Haliloğlu, S., Sağlam, Z. A., Toprak, D., & Çetin, A.** (2013). İnfertilite polikliniğine başvuran kadın hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 15, 1-7.
- Harris Glocker, M., & McLaren, J. F.** (2013). Role of female pelvic anatomy in infertility. *Clinical Anatomy*, 26(1), 89-96.
- Hasdemir, P. S., Kamali, M. B., & Ozcakir, H. T.** (2015). İnfertilite olgularında tedavi başlangıcında sözel ile yazılı bilgilendirmenin etkinlik açısından değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 4(2), 14-17
- Heredia, M., Tenías, J. M., Rocio, R., Amparo, F., Calleja, M. A., & Valenzuela, J. C.** (2013). Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167(2), 176-180.
- Hisasue, S. I., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Kato, R., ... & Itoh, N.** (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*, 65(1), 143-148.

- İncesu, C.** (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Suppl 3), 3-13.
- Jain, K., Radhakrishnan, G., & Agrawal, P.** (2000). Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian journal of medical sciences*, 54(1), 1-7.
- Jirka J., Schuatt S., Foxal J.M.:** Loneliness and social support in infertile couples. *JOHNN*, 25: 55-59, 1996.
- Jamali, S., Zarei, H., & Jahromi, A. R.** (2014). The relationship between body mass index and sexual function in infertile women: A cross-sectional survey. *Iranian journal of reproductive medicine*, 12(3), 189.
- Kaba F.** (2018). *İnfertilite sorunu yaşayan kadınlarda cinsel işlev durumu ve çift uyumu düzeylerinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Kalmbach, D. A., & Pillai, V.** (2014). Daily affect and female sexual function. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2938-2954.
- Kan, Ö., Alkılıç, A., Yüce, T., & Berker, B.** Açıklanamayan infertilitede yönetim. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(3), 506-518.
- Karakoyunlu, F., & Öncel, S.** (2009). Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 82-92.
- Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sütçügil, L., Nahit Özmenler, K., & Özşahin, A.** (2007). Psikiyatrik birinci eksen tanısı olmayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4).
- Kavlak, O.** (2015). İnfertilite. Şirin A. Kavlak O. (ed). Kadın Sağlığı Genişletilmiş 2. Baskı (S. 206-215). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Kavlak, O., & Saruhan, A.** (2002). İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(4), 229-232.
- Keseroğlu, B. B., Özgür, B. C., Yıldız, A. K., & Gülen, E.** (2018). Kadın cinsel işlev ölçeğine etki eden faktörler. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 269-273.
- Keskin, U., Coksuer, H., Gungor, S., Ercan, C. M., Karasahin, K. E., & Baser, I.** (2011). Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertility and sterility*, 96(5), 1213-1217.
- Keskin, G., Bilge, A., Akmeşe, B. Z., & Saydam, B. K.** (2012). İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon, umutsuzluk ve evlilik uyumlarındaki değişimin değerlendirilmesi. *STED*, 21(2), 53-60.
- Keskin, G., & Gümüş, A. B.** (2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(1).

- Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M., & Ghaemi, M.** (2008). Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *The journal of sexual medicine*, 5(6), 1402-1410. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00687.x>
- Kırca, N., & Pasinlioğlu, T.** (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 5(2), 162-178.
- Kırço T.** (2009) :*İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Kışlak, Ş.** (1996). *Cinsiyet, evlilik uyumu, depresyon ile nedensel ve sorumluluk yüklemeleri arasındaki ilişkiler* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Kızılay, F., Şahin, M., & Altay, B.** (2018). Do sperm parameters and infertility affect sexuality of couples?. *Andrologia*, 50(2), e12879.
- Kızılkaya Beji N.** (2016). Yaşam boyu kadın sağlığı. Kızılkaya Beji N. (ed). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Genişletilmiş 2. Baskı (s.70-83). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Koçak, D. Y., & Büyükkayacı Duman, N.** (2016). İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri*, 2(3), 7-13.
- Kring, A. M. , Johnson, S. L. , Davison, G. C. , Neale, J. M.** (2017). Cinsel Bozukluklar. Şahin, M.(Çev. Ed). Ankara: Anormal Psikolojisi DSM 5. (12. Basımdan çeviri, Şubat 2017). (s. 364-377). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kucur Suna, K., İlay, G., Aysenur, A., Kerem Han, G., Eda Ulku, U., Pasa, U., & Fatma, C.** (2016). Effects of infertility etiology and depression on female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 42(1), 27-35.
- Kumcağız, H.** (2016). Üreme sağlığı ve sorunları. Pegem Atıf İndeksi, 117-163.
- Küçükduymaz, F., & Taşkiran, M.** (2015). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlar (Tanı ve Tedavi Aşamalarında). *Turkiye Klinikleri Journal Of Urology Special Topics*, 8(3), 52-57.
- Küçükduymaz, F., Taşkiran, M., Akbulut, M. F., & Gökçe, A.** (2016). Erkek infertilitesi ve cinsel fonksiyon ilişkisi (Derleme). *Androloji Bülteni*, 17(63), 285-288.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T.** (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International journal of impotence research*, 17(1), 39.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C.** (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C.** (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human reproduction*, 16(8), 1762-1767.

- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., ... & Segraves, T.** (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(4pt2), 1598-1607.
- Lo, S. S. T., & Kok, W. M.** (2016). Sexual functioning and quality of life of Hong Kong Chinese women with infertility problem. *Human Fertility*, 19(4), 268-274. DOI: 10.1080 / 14647273.2016.1238516
- Locke, H. J., & Wallace, K. M.** (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage & Family Living*.
- Maheshwari, A., Hamilton, M., & Bhattacharya, S.** (2008). Effect of female age on the diagnostic categories of infertility. *Human reproduction*, 23(3), 538-542.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E.** (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113-2121. DOI:10.1093 / humrep / der157
- de Mendonca, C. R., Arruda, J. T., Noll, M., Paulo, M. D. O., & do Amaral, W. N.** (2017). Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 153-163. DOI:10.1016 / j.ejogrb.2017.06.013
- Mete S.** (2015). Kadın ve cinsellik. Şirin A. Kavlak O. (ed). Kadın Sağlığı Genişletilmiş 2. Baskı (S. 38-44). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Millheiser, L. S., Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A., & Lathi, R. B.** (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and sterility*, 94(6), 2022-2025. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.01.037>
- Monga M., Alexandrescu B., Katz E.S., Stein M., Ganiats T.:** Impact of infertility on quality of life. *Marital Adjustment and Sexual Function Urology*, 63(1): 126- 30, 2004.
- Montorsi, F.** (2005). Prevalence of premature ejaculation: a global and regional Perspective. *The Journal Of Sexual Medicine*, 2, 96-102.
- Murat, Dilara,** (2019) *Çiftlerin arasındaki evlilik uyumunun evli kalma sürelerine bağlı olarak beden algısı, kıskançlık düzeyleri ve akılcı olmayan inançları ile ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul.
- Mutlu, M. F., Baştu, E., & Öktem, M.** (2013). Açıklanamayan infertiliteye güncel bakış. *Gazi Medical Journal*, 24(1).
- Namlı, Z., Karakuş, G., Tamam, L., & Demirkol, M. E.** (2016). Bipolar bozuklukta cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları. *psikiyatride güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(4), 309-320.
- Nazik, E.** (2018). Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. Duman B,N (Yay. Haz), Cinsel Sağlık (s.30-32). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

- Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongières, C., & Nisand, I.** (2009). Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*, 37(1), 25-32. doi: 10.1016 / j.gyobfe.2008.08.012.
- Oğuz, H. D.** (2004). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri* (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 12.
- Oltuluoğlu, H., Günay, U., Aylaz, R.,** (2014). İnfertil çiftlerin duygu durumları: niteliksel bir çalışma Mood status of infertile couples: a qualitative study. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal 92 of Health Sciences)* 2014 ; 23 (2)
- Onat, G., & Beji, N. K.** (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 165(2), 243-248. DOI:10.1016 / j.ejogrb.2012.07.033
- Özçelik, B., Karamustafaloğlu, O., & Özçelik, A.** (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(1), 140-148.
- Pakpour, A. H., Yekaninejad, M. S., Zeidi, I. M., & Burri, A.** (2012). Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women. *Archives of gynecology and obstetrics*, 286(6), 1589-1596.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Jafarabadi, M., & Zayeri, F.** (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 85(1), 139-143.
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A.** (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and sterility*, 77(6), 1241-1247.
- Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M.** (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, 8(1), 186.
- Perlis, N., Lo, K. C., Grober, E. D., Spencer, L., & Jarvi, K.** (2013). Coital frequency and infertility: which male factors predict less frequent coitus among infertile couples?. *Fertility and sterility*, 100(2), 511-515.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H.** (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family process*, 42(1), 59-70.

- Pinar, G., & Zeyneloglu, H. B.** (2012). Quality of life, anxiety and depression in turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. *International journal of fertility & sterility*, 6(1), 1.
- Piva, I., Lo Monte, G., Graziano, A., & Marci, R.** (2014). A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making?. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(4), 231-237.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R.** (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI):a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
- Sarah Hodin,** (2017). Project Coordinator II, Women and Health Initiative, Harvard T.H. Chan School of Public Health Maternal health task force. The Burden of Infertility: Global Prevalence and Women's Voices from Around the World. (2017). <https://www.mhtf.org/2017/01/18/the-burden-of-infertility-global-prevalence-and-womens-voices-from-around-the-world/>Erişim Tarihi:15.02.2019
- Seymenler, S., & Siyez, D. M.** (2018). İnfertilite Psikolojik Danışmanlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(2), 176-187.
- Sezgin H, Hoccoğlu Ç.** (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(2):165-84.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., Boivin, J.** (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Educ Couns*, 59, 244-251
- Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P.** (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *The Journal of Urology*, 179(3),1056-1059. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2007.10.069>
- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A.** (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human reproduction (Oxford, England)*, 12(1), 183-190. <https://doi.org/10.1093/humrep/12.1.183>
- Smith, N. K., Madeira, J., & Millard, H. R.** (2015). Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization. *The journal of sexual medicine*, 12(4), 985-993. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsm.12824>
- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Kamkar, E. H., & Mahboubi, M.** (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *International journal of fertility & sterility*, 9(3), 393.

- Song, S. H., Kim, D. S., Yoon, T. K., Hong, J. Y., & Shim, S. H.** (2016). Sexual function and stress level of male partners of infertile couples during the fertile period. *BJU international*, 117(1), 173-176. DOI:10.1111 / bju.13201
- Soto, E., & Copperman, A. B.** (2011). Factors Affecting Fertility. *Infertility*, 1-7.
- Soykan, A.** (2004). The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Impotence Research*, 16(6), 531.
- Sömek A.** (2008). *İnfertil bireylerde yalnızlık düzeyi ve etkili faktörlerin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Şahin, E., & Oskay, Ü.** Erkek Cinsel Disfonksiyonları ve Güncel Tedavi Yaklaşımları. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 383-396.
- Şahin, N. H.** (2016). Aile planlaması ve infertilite. Coşkun. A. M (Yay. Haz.). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı (S. 377-386). İstanbul:Koç Üniversitesi Yayınları
- 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). Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls. *International journal of impotence research*, 26(4), 132. DOI:10.1038/ijir.2013.51
- Tashbulatova, D.** (2007). *İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O., & Yücesoy, F.** (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2), 105-110
- Taşkın L.** (2016). İnfertilite ve yardımcı üreme teknikleri. Taşkın L. (Yay. Haz.) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Genişletilmiş 13. Baskı (S. 647–669). Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Tayebi, N., & Ardakani, S. M. Y.** (2009). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *Eur J Gen Med*, 6(2), 74-77.
- Teskereci G.** (2010). *İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Antalya.
- Thomas, H. N., & Thurston, R. C.** (2016). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, 87, 49-60.

- Thonneau, P., Marchand, S., Tallec, A., Ferial, M. L., Ducot, B., Lansac, J., ... & Spira, A.** (1991). Incidence and main causes of infertility in a resident population (1 850 000) of three French regions (1988–1989). *Human reproduction*, 6(6), 811-816.
- Trost, J. E.** (1986). Statistically nonrepresentative stratified sampling: A sampling technique for qualitative studies. *Qualitative sociology*, 9(1), 54-57.
- Tunç, L., Biri, H., & Tokgöz, H.** (2004). İnfertil erkek hastalarda seksüel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi. *Türk Fertil Der* 2004; 12: 28, 32.
- Tutarel-Kışlak, Ş. ve Çavuşoğlu, Ş.** (2006). Evlilik uyumu, bağlanma biçimleri, yüklemeler ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*. 9, 61-69.
- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi** (2005). İnfertilite: Hizmetlerinin Düzenlemesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık tic. Ltd. Şti. Dördüncü basım, 2005.
- Qadir, F., Khalid, A., & Medhin, G.** (2015). Social support, marital adjustment, and psychological distress among women with primary infertility in Pakistan. *Women & health*, 55(4), 432-446. doi: 10.1080 / 03630242.2015.1022687.
- Wang, X., Chen, C., Wang, L., Chen, D., Guang, W., French, J., & Reproductive Health Study Group.** (2003). Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. *Fertility and sterility*, 79(3), 577-584.
- World Health Organization Sexual and reproductive health.** Erişim Adresi: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ Erişim Tarihi: 24 Şubat 2019.
- WHO Infertility definitions and terminology.** Erişim Adresi: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>. Erişim Tarihi: 13 Nisan 2019.
- WHO Manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple**
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/9780521431361/en/> Erişim Tarihi: 14 Nisan 2019
- WHO. Mother or nothing the agony of infertility.** WHO Bulletin. Available from URL: http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/infertility/bulletin_88_12/en/-21k. 2010 Erişim Tarihi: 14 Temmuz 2017.
- WHO Reproductive health.** Erişim Adresi: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health> Erişim Tarihi: 14 Nisan 2019.
- 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. *Journal of human reproductive sciences*, 4(2), 80.
- Vander Borcht, M., & Wyns, C.** (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-10.


- Verma, P., Rastogi, R., Sachdeva, S., Gandhi, R., Kapoor, R., & Sachdeva, S.** (2015). Psychiatric morbidity in infertility patients in a tertiary care setup. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(9), VC01.
- Yalçın, H.** (2014). Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki.
- Yanikkerem, E., Kavlak, O., & Sevil, Ü.** (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı.
- Yaşar, H., Özkan, L., & Tepeler, A.** (2010). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 1(3), 235-240.
- Yazdani, F., Kazemi, A., Fooladi, M. M., & Samani, H. R. O.** (2016). The relations between marital quality, social support, social acceptance and coping strategies among the infertile Iranian couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 200, 58-62. doi: 10.1016 /j.ejogrb.2016.02.034. Epub 2016
- Yazıcı, S. Karanisoğlu H.** (2015). Üreme Sistemi Anatomisi. Şirin A. Kavlak O. (ed). Kadın Sağlığı Genişletilmiş 2. Baskı (S. 62-69). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yeoh, S. H., Razali, R., Sidi, H., Razi, Z. R. M., Midin, M., Jaafar, N. R. N., & Das, S.** (2014). The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: a pair of perfect gloves. *Comprehensive psychiatry*, 55, S1-S6. doi: 10.1016 /j.comppsy.2012.09.002
- Yildirim, E. A., Akyüz, F., Hacıoğlu, M., Essizoglu, A., Çakmak, A. C., Çakmak, E., & Erdiman, S.** (2011). Cinsel İşlev Bozuklukları Kliniğine Basvuran Olgularda Basvuru Yakınması ile Klinik Tanı Arasındaki İlişki/Relationship Between Presenting Complaint and Clinical Diagnosis in Outpatients Applying to the Sexual Dysfunction Clinic. *Noro-Psikyatri Arsivi*, 48, 24.
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y.** (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: a literature review. *International journal of nursing studies*, 52(10), 1640-1652.
- Yılmaz Esencan, T., & Kızılkaya Beji, N.** (2015). Günümüze değin cinsellik konusunda yapılan çalışmaların irdelenmesi (Derleme).
- Yılmaz, T., & Oskay, Ü. Y.** (2015). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 100-112.
- Yorulmaz, E. G., & Sütcü, S. T.** (2016). İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: sistematik gözden geçirme. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(Ek 1), 144-156.
- Yumru, A. E., & Öndeş, B.** (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi.

- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., ... & Simpson, J. L.** (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human reproduction*, 32(9), 1786-1801.
- Zeren, F., Gürsoy, E., & Çolak, E.** (2019). The quality of life and dyadic adjustment of couples receiving infertility treatment. *African journal of reproductive health*, 23(1), 117-127. *Afr J Reprod Health*. 2019 Mar;23(1):117-127.doi: 10.29063/ajrh2019/v23i1.12.
- Zeren, F., & Gürsoy, E.** (2018). Neden Cinsel Sağlık Eğitimi?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 29-33.



EKLER

EK 1: Etik kurul onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN ADI İnfertilitenin Eşlerin Eşlilik ve Cinsel Uyumlama Etkisi				
YAZAN ARAŞTIRMANIN PROTOKOL NO:				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Fen Edebiyat Yatakhesi Uluşovak Mahallesi Çiğdem Çayırı Cad. No.45 Kat:1 19040 Merkez Çorum			
	TELEFON FAX E-POSTA 0364 2230800 3-85 0364 223 11 02 etikkurulu@hitit.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADISOYADI Doç. Dr. Nuriye Büyükkaya DÜTMAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ İZMİNLENDİĞİ ALAN Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ TUCUSUDUĞU MERKEZ VARSAM TDKİ SORUMLU UNVANI/ADISOYADI Hitit Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADISOYADI (TDMİK vb. gibi kavaklılar için destek alınmalıdır)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLÇESİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>		
		FAZ 2 <input type="checkbox"/>		
		FAZ 3 <input type="checkbox"/>		
		FAZ 4 <input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaq galıyma <input type="checkbox"/>				
İn vitro cihaz klinik araştırması <input type="checkbox"/>				
In vitro tıbbi tani cihazları ile popülar performans değerlendirme galıymaları <input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırması <input type="checkbox"/>				
Diğer ise belıdıriniz <input type="checkbox"/>				
ARAŞTIRMA YA KATILAN MERKEZLER	TANIM MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇIK MERKEZİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARAS. <input type="checkbox"/>
DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarih	Versiyon Numarası	Diğer
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ MÜCELİMİNGİRİLMİS CÖNİTÜ ÜDİLER TÖZÖMÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Beçil BOZKURT İmza: 				
Not: Etik kurulu başkanı, imzalarını her sayfaya imza etmelidir.				

EK 2: Hastane izin formu



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ÇORUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇORUM İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
38 102017 11 38 - 23414205 - 799 - E.2091



Sayı : 72743589 /
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı

HİTİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

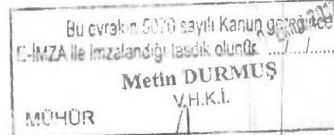
İlgi: 18.10.2017 tarih ve 75101170-302.08.01-E.57405 sayılı yazınız.

İlgi tarih sayılı yazınıza istinaden; Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünüzde görev yapan Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN'ın koordinatörlüğünü, T.C. Hitit Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğrencisi Hemşire Tuba AKTEPE'nin sorumlu araştırmacılığını üstleneceği "İnfertilitenin Evlilik ve Cinsel Uyumlarına Etkisi" isimli çalışmanın, Genel Sekreterliğimize bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezinde uygulanabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkında alınan Makamın 25.10.2017 tarih ve 23414205-799-E.1930/55341682 sayılı Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı, Ön İzin Formu ve Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu yazınız ekinde sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Finans Hizmetleri Başkanlığının 20.02.2013 tarih ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkındaki Yönergenin 7. Maddesinde "Çalışma, ön izin alınmasına müteakip destekleyici tarafından sağlık tesisinden alınacak hizmetleri değerlendirmek üzere "Araştırma/Proje Bütçe Formu" ve ekleri ile birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna gönderilir. Eğer sağlık tesisinden alınacak hizmet yoksa çalışma Kuruma bilgi amaçlı gönderilir denilmekte olup, ilgili madde doğrultusunda işlem yapılmasının sağlanması, destekleyici veya bilimsel çalışmayı yapan kişiler tarafından kurumla yapılan yazışmalardan tarafımıza bilgi verilmesi, çalışmanın başlayış ve bitiş tarihlerinin Genel Sekreterliğimize bildirilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr. Ömer SOBACI
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
1- Onay (1 Sayfa)
2- Ön İzin Formu (1 Sayfa)
3-Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (3 Sayfa)



ÇORUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
Adı:Gülabbey Mah.Millet 1Sokak No:37/ÇORUM Tel:0 364 202 06 66-Faks:0 364 202 06 69 Dahili No:131-140
Ayrıntılı Bilgi İçin:Uzman:Yeliz YELEN AKPINAR E-Posta: khh19.epitim@saglik.gov.tr www.corumkhh.gov.tr
Evrakin elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 63510341-3/7ce-4übe-632c-1e435572b742 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3: Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik araştırmalar etik kurulu anabilim dalı başkanı onayı

HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU BAŞKANI İĞİNA

ANABİLİM DALI BAŞKANI ONAYI

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi ... Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ... Yrd.Doç.Dr. Ümit Gökem
... İnterlitenin eşlerin evlilik ve cinsel uyumlarına
etkisi ... konulu çalışmayı ... Kadın Hastalıkları ve Doğum
... Anabilim Dalı Başkanlığımıza bağı birim laboratuvarında yapmasına izin
vermiştir.


11/06/2017

Yrd. Doç. Dr. Ümit Gökem
İMZA

(Anabilim Dalı Başkanı)



EK 4: Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi 14.07.2017 tarih ve 40600303 – 000 – 3887 sayılı dilekçe


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Çorum İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HİTİT ÜNİVERSİTESİ EROL OLCOK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ 2017-2018 EKİM AYI İZLENİM
KURULU KARAR NO: 2017/11
14.07.2017 TARİHİ 40600303-000-3887

SAYI : 40600303-604/02
KONU : Dilekçe Cevabı

Taha AKIHEPLİ
(Hitit Üniversitesi SBE Hemşirelik ABD Yüksek Lisans Öğrencisi.)

İlgililerimiz 14.07.2017 tarihli ve 40600303-000-3887 sayılı dilekçenize;

Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Uzun Yöresiz Lisans Programında Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nuripe H. DÜMAN tarafından yürütülecek olan tez programınızda alınız olduğunuz **"İnfertiliteğin Eşler Arasında ve Cinsel Düzenlerine Etkisi"** konulu tez çalışmanız/başvurunuza için evren ve örnekleri seçinizle ilgili yazdığınız yazıyı ve 14.07.2017 tarihli Hitit Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu başvurunuza eklenerek gerekeceğiyle gerekli olan Aralık 2015-Aralık 2016 tarihleri arasıdaki hastanelerimiz Üremeye Yardımcı Tedavi Merkez (UYT)ne başvuran infertil birey sayılarını Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezimiz ve veya İstatistik Birimimize başvuru yapmak hasta protokolleri, T.C. ve gibi hasta bilgi güvenliğinin sağlanması koşulu ile hasta sayılarının alınması ve beyin edilen veriler için kullanılmasını tarafımıza uygun görmüştür.

Gelecekte rica ederim.

Sizinkilerde,
Yrd. Doç. Dr. Siman ZILİLİK
Hastane Yöneticisi

HİTİT ÜNİVERSİTESİ EROL OLCOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Faks No: 2250321
E-Posta: 031824268@hitit.edu.tr / 031824268@hitit.edu.tr / 031824268@hitit.edu.tr

Hizmet Birimi: SBE
Unvanı: H.E. 40600303
Talebi No:
Tuzluk: 031824268@hitit.edu.tr / 031824268@hitit.edu.tr / 031824268@hitit.edu.tr

EK 5: Gönüllü bilgilendirilmiş onam formu

Araştırmanın Adı; İnfertilitenin Eşlerin Evlilik ve Cinsel Uyumlarına Etkisi Değerli katılımcı; “İnfertilitenin Eşlerin Evlilik ve Cinsel Uyumlarına Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde infertilite (kısırlık) durumunun olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırma kapsamında size herhangi bir girişim yapılmayacaktır ancak; size ait bazı bilgiler elde etmek istediğimiz için izninizi almak amacı ile bu form hazırlanmıştır. Size ait bu bilgilerin, kimliğiniz açıklanmamak kaydı ile bilimsel amaçla kullanımını onaylar iseniz bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN sorumluluğu altındadır.

Araştırmanın amacı; Bu çalışma ile Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne (İVF) başvuran infertil çiftlerde infertilitenin eşlerin evlilik ve cinsel uyumlarına etkisini saptamak amaçlanmaktadır.

Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre; 3 aydır.

Çalışmaya Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne (İVF) başvuran 130 infertilite tanısı almış evli kadın ve eşlerinin katılması beklenmektedir.

Araştırmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler/uygulanacak yöntemler;

Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Cinsel İşlev Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Erkek Formu) ve Evlilik Uyum Ölçeği kullanılacaktır. Kişisel Bilgi Formunda siz katılımcılara yaşı, eğitim durumu, işi, eşinin yaşı, eğitim durumu ve işi, sağlık güvencesi, toplam aylık geliri, kısırlık tedavi masrafları ile ilgili zorluk yaşama durumu, aile biçimi, kaç yıllık evli olduğu, kısırlık sonrasında eşinin ve ailesinin davranışlarında değişiklik olma durumu, yaşayan çocuğunun olup olmadığı, ne kadar süredir çocuğunun olmadığı, kısırlık konusunda bilgi durumu, ne zamandır kısırlık tedavisi aldığı, kısırlık nedeni, hangi tedavileri aldığı, çocuğunun olmamasının kendisini ve ailesini nasıl etkilediği gibi infertilite ve

cinsel öykülerine ilişkin bazı bilgileri içeren toplam 22 sorudan oluşan anket soruları yönetilecektir.

Araştırma 1 Eylül-1 Haziran arasında gerçekleştirilecektir.

Çalışmanın herhangi riski bulunmamaktadır.

Araştırmadan beklenen toplum yararı; infertilitenin eşler arası evlilik ve cinsel uyumu hangi yönde etkilediğini belirleyerek, cinsel danışmanlık ve evlilik danışmanlığına ihtiyaç duyulup duyulmadığının saptanmasıdır.

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Tuba AKTEPE GÖREVİ: Yardımcı Araştırmacı TELEFON:

Gönüllünün Sorumlulukları:

Araştırmacı ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlığınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.

İnfertilite (kısırlık) durumunuzun olması nedeniyle bu çalışmaya sizleri davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen özgür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimse amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabilecek, ancak bu bilgilerin gizli tutulacak, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya kanuni temsilcisi söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü veya kanuni temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir.

Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal alınmayacaktır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında, Tuba AKTEPE tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Tuba AKTEPE’yi, Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu adresinden ve (538) 973 91 38 nolu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”

Tarih

Katılımcı (Gönüllü)

Adı, Soyadı :

Adres :

Telefon :

İmza :

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı :

Adres :

Telefon :

İmza :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı : Tuba AKTEPE / Yüksek Lisans Öğrencisi

Yardımcı Araştırmacı

Adres :Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çorum

Telefon :

İmza :

(Tüm sayfaları imzalı bu formun bir kopyası katılımcıya verilecektir)

EK 6: Kişisel bilgi formu

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Kaç Yaşındasınız? (.....)

2. Eğitim Durumunuz Nedir?

1)Okur yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4)Lise ve üzeri 5) Diğer (Açıklayınız.....)

3. Ne iş yapıyorsunuz?

1)Ev hanımı 2)İşçi 3)Memur 3)Serbest Meslek 4)Diğer (.....)

4. Eşiniz Kaç Yaşında? (.....)

5. Eşinizin Eğitim Durumu Nedir?

1)Okur yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4)Lise ve üzeri 5) Diğer (Açıklayınız.....)

6. Eşiniz Ne İş Yapıyor?

1)Esnaf 2)İşçi 3)Memur 3)Serbest Meslek 4)Diğer (.....)

7. Sağlık Güvenceniz Var Mı?

1)Evet (Evetse bir sonraki soruya geçiniz) 2)Hayır (Hayırsa 9. sorudan devam ediniz)

8. Sağlık Güvenceniz Kısırlık Tedavi Masraflarını Karşılıyor Mu?

1)Evet 2)Hayır

9. Toplam Aylık Geliriniz Ne Kadardır?

1) 600 TL'den Az 2) 601-1000 3) 1001-1500 4) 1501-2000 5) 2000 Ve Üzeri

10. Kısırlık Tedavisiyle İlgili Ekonomik Zorluk Yaşıyor Musunuz?

1) Evet 2)Hayır

11. Aile Biçiminiz Nedir?

1)Çekirdek 2)Geniş Aile (Eşinin Ailesi İle Birlikte)

3) Diğer (Açıklayınız.....)

12. Kaç Yıllık Evlisiniz?

1) 1 yıl 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 ve üstü

B.İNFERTİLİTE ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Yaşayan Çocuğunuz Var Mı?

- 1) Hayır (Cevabınız hayırsa 2. Soruya geçiniz)
- 2)Evet (Cevabınız evet ise bu kısırlık tedavisi ile mi oldu?)
 - a)Evet b)Hayır

2.Ne Kadar Süredir Çocuğunuz Olmuyor? (.....)

3.Kısırlık Konusunda Bilgi Aldınız Mı?

- 1)Hayır (Hayırsa 4. Sorudan devam ediniz)
- 2)Evet (Cevabınız evet ise nereden aldınız?)
 - a) Kitap, dergi, gazete, internet, televizyon b)Ebe, hemşire c) Doktor d) Arkadaş, akraba, çevre e) Diğer (açıklayınız.....)

4. Ne Kadar Süredir Kısırlık Tedavisi Görüyorsunuz

- 1) 1 yıldan az 2) 1-2 3) 3-5 4) 6-10 5) 11 ve üstü

5. Kısırlık Nedeniniz Nedir?

- 1)Kendim Kaynaklı 2) Eşim Kaynaklı 3)İkisi De 4) Nedeni Bilinmiyor

6. Doktorunuz Tarafından Tanılanan Kısırlık Nedeniniz Nedir?

- 1) Yumurtalık yetmezliği 2) Rahmin ters konumu 3) Rahimde myom
- 4) Yumurtlık kisti 5) Sperm azlığı/hareketsizliği 6) Nedeni belli değil

7. Kısırlık Nedeniyle Aşağıdaki Tedavilerden Hangisini/ Hangilerini Aldınız?

- 1) Yok 2) Hormon 3) Aşılama 4) Aşılama+hormon 5) Hormon+aşılama+IVF
- 6) Hormon+aşılama+tubal operasyon. 7) Hormon+IVF+tubal operasyon

8. Kısırlık Tanısı Sonrasında Eşinizin Davranışlarında Değişiklik Oldu Mu?

- 1) Olmadı 2) Olumlu Yönde Değişiklik Oldu 3)Olumsuz Yönde Değişiklik Oldu

9. Kısırlık Tanısı Sonrasında Eşinizin Ailesi Ne Tepki Verdi?

- 1)Hiçbir Tepki Vermediler 2)Anlayışlı ve Destekleyici 3) Eleştirisel ve Küçümseyici

10. Çocuğunuzun Olmaması Sizi ve Ailenizi Nasıl Etkiledi? (Birden Fazla Seçeneği İşaretleyebilirsiniz)

1) Hiçbir Şey Değişmedi 2) Çok Üzülüyorum 3) Eşimden ve Ailesinden Utanıyorum

4) Çok Mutsuzum 5) Boşanmaktan Korkuyorum 6) Diğer (Açıklayınız.....)



EK 7: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi-(FSFI)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi).

*** **Cinsel uyarılma**: *Sevişme*, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar.

**** **Orgazm** : *Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.*

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- 1) Hemen hemen her zaman
- 2) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3) Bazen (15 günde)
- 4) Birkaç kez (15 günden az)
- 5) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- 1)Çok yüksek
- 2)Yüksek
- 3)Orta
- 4)Düşük
- 5)Çok düşük veya hiç

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

- 1)Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 2)Hemen hemen her zaman
- 3)Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 4) Bazen (15 günde)
- 5)Birkaç kez (15 günden az)
- 6) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 2) Çok yüksek
- 3) Yüksek

- 4) Orta
- 5) Düşük
- 6) Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 2) Çok emindim
- 3) Emindim
- 4) Oldukça emindim
- 5) Az emindim
- 6) Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 2) Hemen hemen her zaman
- 3) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 4) Bazen (15 günde)
- 5) Birkaç kez (15 günden az)
- 6) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 2) Hemen hemen her zaman
- 3) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 4) Bazen (15 günde)
- 5) Birkaç kez (15 günden az)
- 6) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 2) Çok çok zor veya imkansızdı
- 3) Çok zordu
- 4) Zordu
- 5) Biraz zordu
- 6) Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 2) Hemen hemen her zaman
- 3) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 4) Bazen (15 günde)
- 5) Birkaç kez (15 günden az)
- 6) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar**

haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 2) Hemen hemen her zaman
- 3) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 4) Bazen (15 günde)
- 5) Birkaç kez (15 günden az)
- 6 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 2) Hemen hemen her zaman
- 3) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 4) Bazen (15 günde)
- 5) Birkaç kez (15 günden az)
- 6) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 2) Çok çok zordu / imkansızdı
- 3) Çok zordu
- 4) Zordu
- 5) Biraz zordu
- 6) Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 2) Çok tatminkardı
- 3) Genellikle tatminkardı
- 4) Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- 5) Genellikle tatminkar değildi
- 6) Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 2) Çok tatminkardı
- 3) Genellikle tatminkardı
- 4) Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- 5) Genellikle tatminkar değildi
- 6) Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?**

- 1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 2) Çok tatminkardı
- 3) Genellikle tatminkardı
- 4) Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

5) Genellikle tatminkar değildi

6) Hiç tatminkar değildi

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

1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

2) Çok tatminkardı

3) Genellikle tatminkardı

4) Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

5) Genellikle tatminkar değildi

6) Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

2) Hemen hemen her zaman

3) Çoğu zaman (15 günden fazla)

4) Bazen (15 günde)

5) Birkaç kez (15 günden az)

6) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

2) Hemen hemen her zaman

3) Çoğu zaman (15 günden fazla)

4) Bazen (15 günde)

5) Birkaç kez (15 günden az)

6) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

1) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

2) Çok yüksek

3) Yüksek

4) Orta

5) Düşük

6) Çok düşük veya hiç

EK 8: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu

Lütfen her madde için bugün de dahil geçen haftaki durumunuzu işaretleyiniz.

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

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

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

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

Penisiniz \ cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliği sürdürür mü?

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

Ne kadar kolay boşalılırsınız?

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

Boşalmanız tatmin edici midir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

EK 9: Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)

1.Ölçeğin bu maddesinde, evliliğinizdeki mutluluk düzeyini tüm yönleri ile en iyi tanımladığına inandığınız noktayı daire içine alınız. Ortadaki ' mutlu ' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinden çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelenmiş bulunmaktadır.

* * * * *

Çok mutsuz Mutlu Çok mutlu
Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşam adığımız olur	Sıklıkla anlaşam ayız	Hemen her zaman anlaşamay ız	Hiç anlaşamaya yız
2.Aile bütçesini idare etme						
3.Boş zaman etkinlikleri						
4.Duyguların ifadesi						
5.Duyguların ifadesi						
6.Cinsel ilişkiler						
7.Toplumsal kurallara uyma (Doğru, iyi veya uygun davranışlar)						
8.Yaşam felsefesi						
9.Eşin akrabalarıyla anlaşma						

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın altını çiziniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

- erkeğin susması ile
- kadının susması ile
- karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı faaliyetlerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- hepsini
- bazılarını
- çok azını
- hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- dışarıda bir şeyler yapmayı
- evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih eder?

- dışarıda bir şeyler yapmayı
- evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- sık sık
- arada sırada
- çok seyrek
- hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

- aynı kişiyle evlenirdiniz
- farklı bir kişiyle evlenirdiniz
- hiç evlenmezsiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- hemen hemen hiçbir zaman
- nadiren
- çoğu konularda
- her konuda

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Tuba AKTEPE

Doğum yeri ve tarihi : TOSYA\ 1994

İletişim adresi ve telefonu : tubaaktepe1994@gmail.com \ 0538 973 91 38

Öğrenim Durumu

Lisans : 2016, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik

Yüksek lisans : Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

Ünvanı Hemşire

Mesleki Deneyimi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (2 yıl)

Bilimsel Etkinlikleri

Uluslararası Katılımlı Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

I.Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi

Preterm Doğum Riski Olan Gebeliklerin Yönetiminde Kanıta Dayalı Yaklaşımlar
(Uluslararası Katılımlı Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresinde Poster Bildirisi)

Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Işığında Kadın Sağlığı ve Doğum Uygulamaları
(I.Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresinde Sözel Sunum)

Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar

2012 İlk Yardım Kurs Bitirme Belgesi

2014 Certificate of Achievement B1 Level in English

2015 Denver II Gelişimsel Tarama Testi Yeterlilik Belgesi

2017 Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası

