



T. C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

ERKEK KAYNAKLI İNFERTİLİTE TANISI ALMIŞ
ÇİFTLERDE KAYGI VE DEPRESYON BELİRTİLERİ, EVLİLİK
UYUMU VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELÇİN ORHAN

07 11 06 118

Danışman Öğretim Üyesi:

Doç. Dr. Figen Karadağ

İstanbul, Ekim 2010



T. C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ERKEK KAYNAKLI İNFERTİLİTE TANISI ALMIŞ
ÇİFTLERDE KAYGI VE DEPRESYON BELİRTİLERİ, EVLİLİK
UYUMU VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELÇİN ORHAN

07 11 06 118

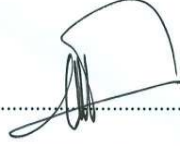
Danışman Öğretim Üyesi:

Doç. Dr. Figen Karadağ

İstanbul, Ekim 2010

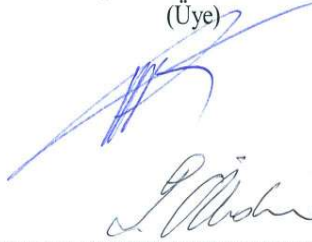
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

20.10.2010 tarihinde tezinin savunmasını yapan Elçin ORHAN' na ait "Erkek İnfertil Tanısı Almış Çiftlerde Emosyonel Semptomlar , Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşamın Değerlendirilmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



Doç. Dr. Figen KARADAĞ
Başkan
(Danışman)

Doç. Dr. Cem İNCESU
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. İrem AKDUMAN
(Üye)

ÖNSÖZ

Tezimin danışmanlığını üstlenen, bilimsel katkılarını ve desteklerini esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Figen Karadağ'a,

Araştırmamın yapılması için onay ve destek veren, bilgi ve tecrübelerini her zaman paylaşan, İstanbul Tüp bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi UYETE Direktörü Op.Dr.Aret Kamar'a,

Verdikleri destek ve anlayıştan dolayı tüm meslektaş ve arkadaşlarıma,

Çok teşekkür ediyorum....

Elçin Orhan

İstanbul,2010

ÖZET

Bu araştırmanın amacı; birincil infertilite nedeni ile infertilite kliniklerine başvuran çiftlerden, erkeklerden kaynaklanan infertilite tanısı alan çiftlerle, sağlıklı çocuğu olan çiftlerin, infertilitenin psikolojik etkileri ve bunun evlilik ilişkisi, cinsel işlev üzerindeki etkilerinin araştırılmasıdır.

Bu çalışma için hazırlanan anket; İstanbul Tüp bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesine Şubat 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında başvuran ve tedavi görmekte olan erkek kaynaklı infertilite tanısı almış, 24-45 yaş arası 56 infertil çifte ve üreme problemi olmayan, 24-45 yaş arasında 48 çifte uygulanmıştır. İnfertil tanısı almış grup araştırma, üreme problemi olmayan grup ise karşılaştırma grubu olarak ayrılmıştır.

Araştırma ve Karşılaştırma grubuna bu çalışma için hazırlanmış sosyo-demografik veri formu, FSFI (Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi), IIEF (Ereksiyon İşlevi Uluslar arası Değerlendirme Formu), BDE (Beck Depresyon Envanteri), STAI (Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği) uygulandı.

Anketten elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17,0 programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel metotları frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve hipotez testleri için bağımsız örneklemlili t – testinden faydalanılmıştır.

IIEF alt ölçeklerinden Eretil Fonksiyon puanları, Karşılaştırma ile infertil grup arasında karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark bulunamamıştır ve her iki grupta da erektile fonksiyon puanları orta düzeyde erektile işlev bozukluğuna işaret etmektedir. İnfertil grup erkeklerin Orgazmik Fonksiyon, Cinsel İstek, İlişki Tatmini ve Genel Tatmin düzeyleri karşılaştırma grubu erkeklere göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada, araştırma grubu kadınları daha istekliydiler. Araştırma grubunda lubrikasyon ve ağrı alt ölçek puanları karşılaştırma grubu kadınlara göre anlamlı ölçüde daha düşüktü. Her iki grup kadında cinsel işlev bozukluğu oranı benzerdi.

Erkek kaynaklı infertilite tanısı almış grubun evlilik uyumları düşük bulunmuş ve BDE puanları depresyona işaret etmese de karşılaştırma grubundan anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmaya alınan çiftlerde durumluk ve sürekli kaygı puanları benzerlik göstermiştir.

Anahtar sözcükler: İnfertilite, Depresyon, Kaygı, Evlilik uyumu, Cinsel İşlev Bozuklukları

ABSTRACT

The purpose of this research is to examine the psychological effects of infertility and its effects on marital relationship and sexual function through using couples who have applied to the infertility clinics due to primary infertility, who were diagnosed as male factor infertile and healthy couples with child(ren).

The survey prepared for this study was applied to 56 infertile couples who applied to the İstanbul Tüp Bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi (İstanbul In Vitro Fertilization and Women's Health Center Assisted-Reproduction Treatment Unit) between February 2009 and February 2010 who were diagnosed as male factor infertile and currently receives treatment (ages between 24 and 45) and to 48 couples with no reproduction problem (ages between 24 and 45). The groups were separated as follows: the group diagnosed as infertile was the treatment group, the group with no reproduction problem was the control group.

Data of the research was obtained by using a Socio demographic data form, FSFI (Female Sexual Function Index), IIEF (The international Index of Erectile Function), BDI (Beck Depression Inventory), STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

Data obtained from the survey was analyzed through using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17,0 software. Descriptive statistical methods frequency, percentage, average, standard deviation and independent sample t-test for the hypothesis tests were used in evaluating the data.

No significant difference was found between the control and the infertile group in terms of Erectile Function scores, one of the subscale of the IIEF; and in both groups, the erectile function scores indicate a middle-level erectile dysfunction. Orgasmic Function, Sexual Desire, Relationship Satisfaction and General Satisfaction levels of men in infertile group were found significantly lower than men in control group

In our study, it was determined that there are sexual dysfunctions in women of both groups in desire, arousal, orgasm functions, and that the treatment group women also have dysfunction in lubrication and pain functions.

The marital adjustment of the group diagnosed as male factor infertile was found low, and while their BDI points don't indicate depression, it was determined it is meaningfully higher than the control group. Furthermore, state and trait anxiety points of the couples showed similarity.

Key words: Infertility, Depression, Anxiety, Marital adjustment, Sexual function disorder

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. İnfertilite	4
1.1.1. İnfertilitenin Tanımı	4
1.1.2. İnfertilitenin Nedenleri	4
1.1.3. Erkekde İnfertilite Nedenleri.....	6
1.1.4. Erkekde İnfertilite Tanı ve Tedavi Yöntemleri.....	11
1.1.5. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri.....	13
1.1.6. İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerindeki Etkileri	14
1.1.7. İnfertilitenin Evlilik Üzerine Etkileri	17
1.1.8. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri	18
1.2. Erkekde İnfertilite ve Psikolojik Yönleri.....	20
1.2.1. Bir Travma Olarak İnfertilite	21
1.2.2. Erkekde İnfertilite ve Depresyon	22
1.2.3. Erkekde İnfertilite ve Kaygı.....	24
1.3. Erkekde İnfertilite İle Baş Etme.....	25
1.3.1. Stres ve İnfertilite İle Baş Etme	25
1.3.2. İnfertiliteye Karşı Psikolojik Reaksiyonlar	29
1.4. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	30
1.4.1. Cinsel İlgi ve İstek Bozuklukları:.....	30
1.4.2. Cinsel uyarılma bozuklukları	31
1.4.3. Orgazm bozuklukları.....	31

1.5.	Araştırmanın Amacı	34
1.6	Araştırmanın Önemi.....	36
2.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
2.1.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
2.2.	Veri Toplama Araçları.....	38
2.3.	İşlem.....	45
2.4.	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	45
3.	BULGULAR YORUMLAR	47
4.	TARTIŞMA VE SONUÇ.....	60
5.	KAYNAKLAR	70
6.	EKLER.....	76
7.	ÖZGEÇMİŞ.....	103

KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
CIB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
EİB	: Erektıl İşlev Bozukluğu
ED	: Erektıl Disfonksiyon
HSG	: Histerosalpingografi
ICSI	: Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu
IVF	: In Vitro Fertilizasyon
MESA	: Mikroskopik Epididimal Sperm Aspirasyonu
s.	: sayfa
TESA	: Testiküler Sperm Aspirasyonu
TESE	: Testiküler Sperm Ektraksiyonu
ve ark.	: ve arkadaşları
vb	: ve benzeri

TABLULAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 3.1. Araştırmaya Katılan Erkeklerde Cinsel ve Sosyodemografik Özellikler.....	48
Tablo 3.2. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Cinsel ve Sosyodemografik Özellikler.....	49
Tablo 3.3. Araştırmaya Katılan Tüm Olguların Evlilik Uyumu, Depresyon ve Kaygı Düzeyi.....	50
Tablo 3.4. Araştırmaya Katılan Erkeklerde Cinsel İşlev Durumunun Gruplara Göre Dağılımı.....	51
Tablo 3.5. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumunun Gruplara Göre Dağılımı.....	52
Tablo 3.6. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Kesme Puanlarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Dağılımı.....	53
Tablo 3.7. Araştırmaya Katılan Erkeklerde Evlilik Uyumu, Depresyon ve Kaygının Dağılımı.....	54
Tablo 3.8. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Evlilik Uyumu, Depresyon ve Kaygının Dağılımı.....	55
Tablo 3.9. Araştırmaya Katılan Erkeklerde Evlilik Uyum Ölçeğinin Gruplara Göre Dağılımı.....	56
Tablo 3.10. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Evlilik Uyum Ölçeğinin Gruplara Göre Dağılımı.....	58

1. BÖLÜM

1. GİRİŞ

Üreme bir insanın yaşamındaki en önemli ve en temel ihtiyaçlarından birisidir (Algan, 2008). Dünyadaki bütün toplumlarda olduğu gibi Türk toplumunda da evlilikle birlikte beklenen, çocuk sahibi olmaktır çünkü çocuk sahibi olmak, çiftler için biyolojik ve psikolojik bir ihtiyaçtır (Gardner, 2010). Dolayısıyla evli olan çiftlerin hemen hepsi çocuk sahibi olmayı planlamakta ve olumsuzluk olması durumunda da, bu konuda bir şeyler yapma çabası içerisine girmektedir. Olumsuz olması durumunda, çocuk sahibi olmada yaşanan sorunlar, çiftlerde endişe, stres hatta travmaya bile yol açabilmektedir (Gardner, 2010). Bu ekseninde düşünüldüğünde, eğer bir birey, kısırlık gibi bir sorunla karşı karşıya gelirse, hayatındaki bu gelişme bu birey için önemli bir kriz olarak tanımlanabilir. Bu krizin etkisi boşanma, aileden bir kişinin ölümü ve hatta kanser veya Edinilmiş Yetersiz Bağışıklık Sistemi Sendromu (AIDS) gibi fiziksel rahatsızlıklarla eşdeğerdir (Collodel ve ark., 2008; Holter ve ark., 2006; Verhaak ve ark., 2005).

İnfertilite çiftlerin %10-15'ini etkilemektedir (Said, 2008). Batılı ülkelerde yapılan çok sayıda çalışma infertilitenin çiftlerde bir stres kaynağı olduğunu göstermiştir (Boivin ve ark., 1998; Collodel ve ark., 2008; Demyttenaere ve ark., 1998).

İnfertil çiftler bu durumla mücadele için çeşitli stratejiler geliştirebilirler (Lee, Sun, Choa, 2000). Çiftlerin bu mücadelede sosyal destek arayışına girmeleri rastlanan bir durumdur çünkü infertilite ve tedavisi stresli bir süreçtir (Lee ve ark., 2000). Ancak, infertilitede psikolojik sebeplerle ilgili ve özellikle de stresle ilgili problemler tam olarak anlaşılammıştır (Zorn ve ark., 2008).

Yapılan çalışmalar stresin infertiliteyi artırıcı bir etki yarattığını ortaya koymaktadır (Collodel ve ark., 2008). İnfertilite, çoğunlukla stres ile karşılaşılır ve öz saygı üzerinde olumsuz etkiler yaratır (Müller, Schilling ve Haidl, 1999). Yapılan çoğu araştırmalar kadınların erkeklere oranla infertiliteden psikolojik olarak daha fazla etkilendiğini göstermiş olsa da (Lee ve ark., 2000; Hjelmstedt ve ark., 1999), erkeklerin de bu durumdan oldukça etkilendikleri görülmektedir (Zorn ve ark., 2008). Bu nedenle, psikolojik faktörlerin erkek infertilitesi üzerine etkilerini belirlemeye yönelik araştırmalar son yıllarda ön plana çıkmıştır (Conrad ve ark., 2002). Bu araştırmalarda, infertilitenin yarattığı stresin ölçülmesi önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu alanla ilgili ölçek geliştirme konusunda son yıllarda yapılan çalışmaların sayısında da bundan dolayı bir artış olmuştur (Moreno-Rosset ve ark., 2009).

Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluklar yaşarlar (Bayram, 2009). İnfertil bireylerin yaşadığı tüm bu olumsuz duygular, aile dinamiğinin bozulmasına neden olmaktadır (Bayram, 2009). Uzun yıllar süren tedavi, ertelenen çözümler, sosyal beklentilerin baskısı infertil bireylerde ruhsal zorlanmalar yaratarak sosyal ilişkileri ve evlilik ilişkilerini etkilemekte, evlilik ilişkisindeki dinamikleri bozabilmektedir (Oğuz 2004).

İnfertilitenin evlilik ve cinsellik üzerindeki etkisini değerlendirmeye yönelik yapılan araştırmalar mevcuttur (Lee ve Sun, 2000). Bazı araştırmalar, infertilite sorunu yaşayan çiftlerin birbiriyle daha çok yakınlaştıklarını göstermiştir (Müller ve ark., 1999; Hjelmstedt ve ark., 1999; Tashbulatova, 2007). Ancak, çiftlerin ilişkilerini bozabilmekte ve cinsel memnuniyetsizliğe yol açabilmektedir (Müller ve ark., 1999). İnfertilite tedavi ve test sürecinde çiftlerde yaşanan problemler, genellikle cinsel problemlerden kaynaklandığı ifade edilmiştir (Hjelmstedt ve ark., 1999).

Dünya Sağlık Örgütünün 1992'deki raporuna göre, dünyada çiftlerin %8'i ile %10'u kısırlık sorunu yaşamaktadır (Hsu ve Kuo, 2002). Buna ek olarak Peterson ve arkadaşlarının (2003) belirttiği üzere, günümüzde yaklaşık her yedi çiftten birinde kısırlık görülmektedir. Türkiye'de ise bu oran %10-15 arasındadır (Eren, 2008). Ülkemizdeki erkek infertilitesinde genetik faktörlerin azlığı dikkate alınırsa (Terzioğlu, 2007) stres konusunda yapılan araştırmalara daha çok önem verilmesi gerektiği daha iyi anlaşılabilir.

Türkiyede daha önce yapılan çalışmalarda genellikle infertil çiftlerde kadınların psikolojik durumları incelenmiş (Algan, 2008; Kuş, 2008; Oğuz, 2004) erkeklerin emosyonel durumları hakkında detaylı araştırmalar yapılmamıştır.

1.1.1. İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite en basit şekilde, bir yıllık düzenli bir cinsel ilişkiden sonra hamile kalınamamasıdır (McQueeney, Annette, Stanton, ve Sigmon, 1997). Burada süre önemli bir faktördür, Peterson, Newton ve Rosen'nın da (2003) belirttiği üzere,

infertilite, bir çiftin 12 ay boyunca düzenli cinsel ilişkiye girdiği ve korunma yöntemi uygulamadığı halde hamile kalamama durumudur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün infertilite tanımında ise, bu süre 2 yıla kadar uzatılmaktadır. Daha önce hiç gebelik oluşmamışsa primer infertilite; canlı doğumla sonuçlansın ya da sonuçlanmasın en az bir gebelik oluşmuş ise sekonder infertilite olarak tanımlanır (Kuş, 2008).

1.1.2. İnfertilitenin Nedenleri

Dünya çapında kadın ve erkek infertil oranlarına bakıldığında; çiftlerin % 8'inin ya da yaklaşık 50-80 milyon kişinin infertilitenin bir biçimini yaşadığı bildirilmektedir. Türkiye'de de çiftlerin %10-15'nin etkilendiği düşünülmektedir (Eren, 2008).

İnfertilite nedenleri genel olarak aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kuş, 2008; Bayram, 2009):

1. Kadına ait nedenler (%40-55)

-Ovulatuvar Bozukluklar (%30-40)

-Tubal /Peritoneal Faktör (%30-40)

-Servikal ve İmmünolojik Faktörler (%3-5)

-Uterin Faktör (%1-2)

-Diğer

2. Erkeğe ait nedenler (%30-40)

-Anormal Spermatogenez

-Anatomik Bozukluklar

-Endokrin Bozukluklar

-Cinsel Disfonksiyonlar

3. Açıklanamayan (%10-15)

İnfertilitede ortak nedenler, eşlere ait ortak nedenler arasında aşağıdaki durumlar sayılabilir;

- Stres, üzüntü
- Beslenme bozuklukları
- İmmünolojik reaksiyonlar
- Psikoseksüel nedenler (sık ya da çok seyrek cinsel ilişki, uygun olmayan cinsel teknik, libido azlığı, çiftler arasında uyumsuzluk, korkular, utanma duygusu, vb.)
- Sistemik hastalıklar (böbrek-karaciğer-tiroid fonksiyon bozuklukları)
- Gonadotoksinler (kemoterapi, radyoterapi)
- Çevresel ve mesleğe ait toksinler (Kurşun, arsenik hidrokarbonlar, kadmiyum, vb.)
- İlaçlar; bazı antibiyotikler (Tetrasiklin, gentamisin, neomisin, vb.), antihipertansifler (Ca kanal blokörleri), bazı antienflamatuar ilaçlar.
- Alkol-sigara-madde kullanımı

- Enfeksiyonlar (Kuş, 2008).

Psikolojik stresin infertilite üzerinde önemli bir etkisi olduğunu gösteren araştırmalar, her iki cinsiyette de psikolojik faktörlerin çiftlerin infertilite durumlarında birer belirleyici olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte stresin mi infertiliteye yol açtığı yoksa infertilitenin mi strese yol açtığı net olarak ortaya konmamıştır (Sheiner ve ark., 2003).

İnfertiliteye dair bazı açıklanamayan kısımlar bulunmaktadır. Gerek bu açıklanamayan kısımda, gerekse diğer sebepler üzerinde stresin etkisi olmaktadır. Bazı araştırmalar stresin immün sistem üzerindeki olumsuz etkisinin kadın/erkek infertilitesi üzerinde önemli bir etki yarattığını göstermiştir (Conrad ve ark., 2002).

İnfertilite tanısı, genellikle psikolojik bir stres ile karşılaşılır ve öz saygı üzerinde olumsuz etkiler yaratır (Müller ve ark., 1999).

1.1.3. Erkeklerde İnfertilite Nedenleri

İnfertilite vakalarının %50'si erkeklerden kaynaklanıyor olmasına rağmen, erkeklerin fiziksel ve psikolojik iyi olma durumlarına yönelik araştırmalar nispeten azdır (Peronace ve ark., 2007).

Her ne kadar modern tanı yöntemleri her geçen gün infertiliteye ait daha fazla organik sebepler tespit ediyor olsa da, psikolojik sebeplerle ilgili ve özellikle de stresle ilgili problemler tam olarak anlaşılammıştır (Zorn ve ark., 2008). Psikolojik stresin infertilite üzerinde önemli bir etkisi olduğunu gösteren araştırmalar, her iki cinsiyette de psikolojik faktörlerin çiftlerin infertilite durumlarında birer belirleyici olduğunu göstermektedir (Sheiner ve ark., 2003). Bu nedenle, psikolojik faktörlerin

erkek infertilitesi üzerine etkilerine yönelik araştırmalar son yıllarda ön plana çıkmıştır (Conrad ve ark., 2002).

Birçok alışma stresin infertilitede tek faktör olarak kabul edilmesine karşı çıkmakla beraber, yapılan çalışmalar stresin infertiliteyi arttırıcı bir etki yarattığına dair kanıtları ortaya koymaktadır. Örneğın bazı araştırmalar, deprem gibi bazı afetlerden sonra sperm kalitesinde düşük olduğunu göstermiştir (Collodel ve ark., 2008).

Lübnan sivil savaşında da, savaş öncesi ve sonrası sperm sayısında ciddi farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre, savaş sırasında sperm sayısı daha düşükken, savaş sonrasında da sperm anomalisinde fazlalık görülmüştür (Said, 2008).

Erkeklerde infertilite doğumsal, edinilmiş, enfeksiyöz veya hormonal nedeni olabilir. Doğumsal sebepler en sık böbrek, vaz deferens ya da seminal vezikül agenezilerini ve vaz deferens, seminal vezikül ya da ürogenital sinüsün kistlerini içeren Wolf kanal bozukluklarıdır. Müllerian kanal kistleri ve utrikul kistleri ise Müllerian kanal bozuklukları olup daha ender izlenirler (Erdem ve ark., 2007).

Seminal vezikül agenezisi erkeklerde ender izlenen infertilite sebeplerinden biridir. Seminal vezikülün tek taraflı yokluğu % 0.6-1 sıklıkla izlenir (Erdem ve ark., 2007).

Erkek infertilitesinin hipogonadotropik hipogonadizm, genital sistem anomalileri, genital enfeksiyonlar, geçirilmiş skrotal ya da inguinal operasyonlar, varikosel, kronik hastalıklar, kimyasallara maruz kalma gibi genetik ya da genetik dışı pek çok nedeni vardır. İnfertil erkeklerin yaklaşık % 40-50'sinde azospermi ve

cididi oligospermi vardır. Non obstrüktif azospermili vakaların yaklaşık %15’inde yapısal ve/veya sayısal kromozomal düzensizlik görülmektedir. Olguların %40’ında ise herhangi bir neden bulunmamaktadır (Solak, 2008).

Her ne kadar reoprüktif teknolojisinde ilerlemeler olsa da, mevcut tedavi süreci biraz karmaşık ve rahatsız bir süreçtir. Tedavi masrafları pahalı olabilmekte ve tedavinin başarı şansı beklenenden daha düşük olmaktadır. Süreç rutin kontrolleri ve yüksek derece katılım ve işbirliğini gerektirir (Lee, Sun ve Chao, 2000).

Erkek infertilitesinin büyük bir kısmı sperm anomalisinden kaynaklanmaktadır (Said, 2008). İnfertilitede, erkeğe ait bir problem söz konusu ise bu sıklıkla sperm parametrelerinde bozulma ile ortaya çıkar. Ancak sperm değerleri normal olsa da, cinsel fonksiyon bozuklukları ya da penil deformiteler gibi pek çok sorun da infertilite nedeni olabilir. Aşağıda erkek infertilite nedenleri sıralanmıştır (Kuş, 2008):

A-Sperm Bulgularına Göre:

1-Aspermi: Dışarı ya hiç ejakulat çıkmaması ya da seminal sıvının hiç olmaması olarak tanımlanır. Nedenleri arasında; orgazm olmaması ile birlikte seyreden psikolojik bozukluklar, retrograd ejakulasyon (mesane boynu operasyonları, uretra darlıkları, pelvik operasyonlar), diabetes mellitus, antihipertansif-antidepresan ilaçlar, parsiyel ya da komplet ejakulatör kanal tıkanıklıkları vb. sayılabilir (Kuş,2008).

2-Hipospermi: Ejakulat volumünün 2ml’den az olmasıdır. Nedenleri arasında; ejakulatör kanal tıkanıklıkları enfeksiyonu-travmaları -tümörleri, retrograd ejakulasyon sayılabilir (Kuş, 2008)

3-Hiperspermi: Ejakulat volumünün 8 ml.'den fazla olmasıdır. Prostat ve seminal veziküllerin enfeksiyonu, koit aralıklarında uzama nedenleri arasında sayılabilir (Kuş, 2008).

4-Azospermi: Ejakulat içinde hiç germinal hücre bulunmamasıdır. Nedenleri; genetik (hermafroditizm, klinifelter sendromu, erkek turner sendromu, vb.), hormonal (kalman sendromu, hipogonadotropik hipogonadizm, panhipopituitarizm), santral sinir sistemi lezyonları, idiyopatik varikosel, inmemiş testis, tiroid ve böbrek hastalıkları, enfeksiyon- geçirilmiş operasyonlar-travma vb.ye bağlı vaz deferens veya ejakulatör kanallarda tıkanıklık vb. olabilir (Kuş, 2008).

5-Oligospermi: Sperm hücre sayısının 20milyon/ml.'den az olması durumunu ifade eder. En yaygın etyolojisi varikosel olmakla birlikte, sistemik veya genital enfeksiyonlar, sistemik kronik hastalıklar, inmemiş testis, stres, beslenme bozukluğu vb. faktörler de sayılabilir (Kuş, 2008).

6-Astenospermi: Sperm hareket bozukluğu motilitede ya da ileri harekette ya da her ikisinde de azalmayı ifade eder. Nedenleri arasında; genital enfeksiyonlar, genetik nedenler, antisperm antikolar, epididim-seminal vezikül-prostat fonksiyon bozuklukları, idiyopatik vb. faktörler sayılabilir (Kuş, 2008).

7-Teratospermi: Morfolojisi bozuk sperm sayısının WHO kriterlerine göre %40'dan, Kruger kriterlerine göre %4'den fazla olmasıdır. Sıklıkla oligospermi ve astenospermi ile birlikte bulunur. Nedenleri arasında; varikosel, genital enfeksiyonlar, kromozomal nedenler, seminal kanallarda deformasyon vb. sayılabilir (Kuş, 2008).

8-Nekrozoospermi: Ejakulattaki spermelerin ölü olmasıdır. Nedenleri; idiyopatik, koit sıklığında azalma, kromozomal, vb. olabilir (Kuş, 2008).

B-Etyolojisine Göre:

Erkek infertilitesi, etyolojisine göre; pretestiküler nedenler, testiküler nedenler ve posttestiküler nedenler olmak üzere üç grup içinde incelenir (Kuş, 2008).

Pretestiküler nedenler içerisinde; hipotalamik hipogonadizm, hipofizer yetmezlik, adrenal bozukluklar, endokrin ve metabolik hastalıklar, dışarı'dan hormon kullanımı sayılabilir.

Testiküler nedenler; primer testiküler yetmezlik, inmemiş testis, varikosel, hormonal bozukluklar (hiperprolaktinemi, hipotroidizm, androjen ve kortikosteroidin aşırı kullanımı), sistemik hastalıklar, genetik ve kromozomal hastalıklar (seks kromozom defektleri, down sendromu) beyin ve spinal kord travmaları, kemoterapi, radyasyon, sperm bulgularında bozukluklar vb. olarak sayılabilir.

Post testiküler nedenler ise; genital kanal obstrüksiyonları, enfeksiyon, immünolojik nedenler, cinsel fonksiyon bozuklukları olarak sayılabilir.

Kriptorşidizm: Testislerin gelişimi intrauterin hayatı n 6-7.haftasında başlar ve adolesan çağa kadar devam eder. 24-30. haftalarda inguinal kanalı geçerek skrotuma iner. Testisin iniş yolu üzerinde herhangi bir seviyede kalması olarak tanımlanan kriptorşidizm, prematüre doğumlarda %9.2-30, matür doğumda %3.5-5.8 ve ilk yaş içinde %0.8-1 oranında rastlanır ve %0.7'lik bir oran da puberteye kadar değişmeden kalır. Kriptorşidizmin nedenleri multifaktöriyeldir (azalmış batin içi basıncı, endokrin anormallikler, testisin konjenital anormalliği) (Kuş, 2008).

Varikosel: Spermatik kord içindeki testiküler venlerin anormal dilatasyonu ve kıvrımlar oluşturması durumudur. Erkek popülasyonunda %13 sıklıkta görülür. Erkek infertilitesinin en sık rastlanılan düzeltilebilir bir nedenidir. İnfertil erkekler arasında sıklığı %20-40'dır. Yaklaşık %90'ı sol tarafta bulunur. Bilateral olma sıklığı ise %1-3'dür. Varikoselin sol tarafta daha sık görülmesi, sağ ve sol testiküler venlerin drenaj yollarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır (Kuş, 2008).

Orşit: Puberteden sonra geçirilen kabakulak hastaların yaklaşık %30'unda orşitle sonuçlanır ve bunların da %10-30'u bilateraldir. Enfeksiyonu takiben aylar ya da yıllar içerisinde testislerde kalıcı atrofi gelişebilir. Patolojik olarak testislerde yoğun ödem ve infiltrasyon gözlenir. Bu da seminifer tübüllerin atrofisiyle sonuçlanabilir.

1.1.4. Erkekte İnfertilite Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Erkek infertilitesinde kullanılan tanı yöntemleri (Kuş, 2008):

Testis Biyopsisi : Spermatogenezin aktivitesini göstermenin en iyi yoludur. Obstrüktif ya da nonobstrüktif azospermik ya da oligospermik infertil erkeklerde tanı ve tedavi amaçlı yapılabilir. Tanı sal amaçlı testis biyopsisi, obstrüktif patoloji ile testiküler yetmezliğin ayırt edilmesinde; tedavi amaçlı ise, yardımcı üreme tekniklerinde kullanılmak üzere sperm elde etmek için kullanılır (Kuş, 2008).

Vazografi: Tıkanıklık düzeyinin belirlenmesinde kesin tanı yöntemidir. Radyografik görüntüleme eşliğinde vazal lümene iyotlu kontrast madde verilmesi ile uygulanır. Ancak invazivdir, vaz deferensin skarlanma ve tıkanmasına neden olabilir. İnvaziv olmayan diğer tanı yöntemlerinin tanı da yetersiz kaldığı durumlarda tercih edilir (Kuş, 2008).

Transrektal Ultrasonografi (TRUS): Distal ejakülatör kanal obstrüksiyonu düşünülen olgularda vazografiye en önemli alternatif başlangıç inceleme yöntemidir. İnce anatomik detay görüntülenebilir. Ucuz, pratik bir yöntemdir (Kuş, 2008).

Bilgisayarlı Tomografi: Derin pelvik yapıların görüntülenmesinde çok duyarlı bir yöntem değildir. Bu nedenle kullanımı sınırlıdır (Kuş, 2008).

Manyetik Rezonans (MR) Görüntüleme: Endorektal MR görüntüleme, milimetrik boyutlarda prostat kistlerini göstermede TRU' a göre daha duyarlıdır (Kuş, 2008).

Son yıllarda “in vitro fertilizasyon (IVF)” gibi üremeye yardımcı tekniklerin gelişmesi infertilite sorunu yaşayan çiftlerde hamilelik şansını yükseltmeye başlamıştır. Fakat IVF' ye başvurmadan önce kısır olan çiftler birçok değişik yöntem denemektedirler ve genellikle bu çiftlerin son durağı olmaktadır.

IVF(In Vitro Fertilizasyon) genel olarak 3 aşamadan oluşmaktadır; ilki yoğun ilaç tedavisini gerektiren yumurtalıkların uyarılması süreci; ikincisi embriyo transferi ve son olarak transferden sonra gebelik testine kadar geçen 12 günlük bekleme süreci. Bu üç aşamada kan testleri, bireye hormon aşılması, yumurtaların gelişimini incelemek için ultrason taraması, yumurta toplama işlemi ve embriyo transferi gibi işlemler uygulanmaktadır (Lee, 2003). IVF (In Vitro Fertilizasyon) tedavisini uygulayabilmek için bazı durumlarda kısırlık sorunu yaşayan kadınlara laparoskopik veya histeroskopik cerrahi müdahaleler yapılmakta; bazı durumlarda da kısırlık sorunu yaşayan erkeklere testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE), testiküler sperm aspirasyonu (TESA) veya mikroskopik epididimal sperm aspirasyonu (MESA) gibi operasyonla sperm elde edilme müdahaleleri yapılmaktadır.

IVF(In Vitro Fertilizasyon) yöntemi her ne kadar kısır olan çiftlere hamilelik yönünde bir umut doğuruyor olsa da tedavinin pahalı olması ve fiziksel olarak yıpranmaya sebep olması bireylerde strese ve psikososyal baskıya neden olmaktadır (Lee, 2003). Konuya başka bir açıdan bakılacak olursa, kısır olan bireyler için çifte stres faktörü oluşmaktadır. Öncelikle kısır tanısı almak hem depresyon, kayıp hissi, suçluluk, yalıtma veya içe çekilme, hayatın anlamının yitirilmesi gibi bireysel psikolojik sorunlara; hem de çift olarak cinsellik ve evlilikle ilgili sorunlara yol açmaktadır (Holter ve ark., 2006). İkincil olarak, IVF(In Vitro Fertilizasyon) tedavisinin finansal, fiziksel ve psikolojik açıdan zorlu geçen süreci çiftler üzerindeki stresi artırmaktadır. Buna paralel olarak, son 50 yılda kısırlık ile psikopatoloji arasındaki ilişkinin incelenmesinde psikojenik kısırlık modelinden, yani psikopatolojinin kısırlığa neden olduğu varsayılan modelden psikolojik faktörlerin kısırlığın sonucu olduğu modele doğru bir kayış olmuştur (Covington, 2004).

1.1.5. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri

İnfertilite ve tedavisi stresli bir süreçtir (Lee ve ark., 2000). İnfertilite tanısı, genellikle psikolojik bir stres ile karşılaşılır. İnfertilite sorunu yaşayan çiftler için tanı ve tedavi süreci büyük bir yaşam krizi ve psikolojik olarak kronik stres yaratan bir durumdur (Müller ve ark., 1999). Bu durum, yapılan çalışmalarda, pek çok çift için çocuk sahibi olmanın son derece önemli kabul edilmesi olgusuna olduğu kadar, sorunun ortaya çıkışının genellikle beklenmedik ve sorunun çözümünün sıklıkla zor, zaman alıcı ve pahalı olmasına da bağlanmaktadır. İnfertil çiftlerde, anlamlı psikopatolojiye rastlanmayan birçok kontrollü ya da karşılaştırmalı sistematik çalışma olduğu gibi, %25-%60 arasındaki oranlarda psikolojik soruna rastlandığını bildiren çalışmalar da vardır. Bireylerin psikolojik durumları, cinsiyet farklılığı,

infertilitenin nedeni ve infertilite süresi, tetkik ve tedavinin hangi aşamasında olduğu, hastaların seçtiği tedavi yönteminin niteliği, sağlanan ve algılanan sosyal destek biçimi ve düzeyi, fertilite sorunuyla baş etmede kullanılan mekanizmalar gibi birçok faktör tarafından etkilendiği için infertil hastalardaki psikolojik problemler oldukça karmaşıktır (Eren, 2008).

Lee ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan araştırmada kadın ve erkeklerin infertiliteye karşı tutumlarının farklı olduğu belirlenmiştir. Buna göre kadınlar bebeklerle ilgili gösteri ve partilere daha az katılma, infertilite problemleri hakkında konuşmama ve kendilerini başka bir şeyle meşgul etme gibi yöntemleri erkeklere göre daha çok kullanmaktadırlar. “mesafeyi arttırma” stratejisi olarak adlandıracağımız bu tutum ve davranışlarda, birey bazı sosyal etkileşimleri kendisine çocuksuzluğu hatırlatacağı için görmezden gelmesi veya bunlardan uzak durması söz konusudur. Mesafeyi arttırma stratejisinin daha çok kullanımı bireyi probleme odaklanmaktan uzaklaştıracak fakat uzaklaştırırken, diğer yandan duyduğu stresin fazla olduğunun da bir göstergesi olacaktır.

Sağlık çalışanları infertiliteye yönelik test ve tedaviden kaynaklanan stresi azaltıcı tedbirler almalı ve infertil çiftleri bu konuda yani stresle baş edebilme konusunda profesyonel destek almaya teşvik etmeleri, bu konuda onları cesaretlendirmeleri gerekmektedir (Lee ve ark., 2000).

1.1.6. İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerindeki Etkileri

Literatürdeki araştırmaların çoğu kadınların kısırlık tedavisi sürecindeki ruhsal durumunu incelemektedir (Gardner, 2010). Bunun yanında erkeğin kısırlık tedavisindeki ruhsal durumunu inceleyen araştırmaların sayısı daha azdır. Domar'ın

1992 yılında yaptığı araştırmada kısır olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında kısır olan kadınların depresyon seviyesi anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Slade ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları araştırmada tedavinin birinci ve üçüncü aşamalarının yoğun kaygı ile ilişkisi bulunmuştur (Akt. Holter, Anderheim, Bergh ve Möller, 2006). 1994 yılında yapılan bir diğer araştırmada, Laffont ve Edelman, IVF (In Vitro Fertilizasyon) tedavisinde olan erkeklerde ve kadınlarda üzüntü, kaygı ve sinirlilik duyguları bulmuş ve bu bireyler için tedavinin en stresli aşamasının gebelik testini beklemek olduğunu belirlemiştir (Hammarberg ve ark., 2001). Buna ek olarak, üst üste başarısız denemelere rağmen kısırlık tedavisine devam eden kadınların şiddetli depresyon belirtileri gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca, her başarısız kısırlık tedavisi denemesinin depresyon riskini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır (Holter ve ark., 2006).

Literatürdeki araştırmaların başka bir kısmı kısırlık tedavisi sürecindeki kadınların ve erkeklerin ruhsal durumunu karşılaştırmaktadır. Peterson, Newton ve Rosen (2003) tarafından yapılan araştırmada tedavi sürecindeki kadınların erkeklere nazaran depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Slade ve arkadaşlarının 1997 yılında 144 kısır çift üzerinde yaptıkları araştırmada, kadınların erkeklere oranla daha çok kaygı ve depresyon içeren duygusal tepkiler verdikleri bulunmuştur. Buna ek olarak, kadın ve erkekler arasındaki bu farklılığa, çiftlerin tedaviye başlamadan önceki ruhsal durumlarını inceleyen araştırmalarda da rastlanmıştır (Hsu ve Kuo, 2002). Başka bir araştırmada başarısızlıkla sonuçlanan tedavilerde kadın katılımcıların depresyon belirtilerinin 6 ay boyunca devam ettiği görülürken, eşleri için bu durum söz konusu değildir (Covington, 2004). Literatürde farklı bulgular içeren araştırmalar da yer almaktadır. Örneğin, Holter ve arkadaşları

(2006) tarafından yapılan çalışmada tedavi sonucunda gebeliğe ulaşılmadığında erkek katılımcıların da eşleri kadar yoğun duygusal tepkiler verdikleri görülmüştür.

Daha önce belirtildiği gibi, yapılan araştırmaların çoğunda kısırlık tedavisine giren kadınlar üzerinde çalışma yapılmıştır. Ancak, sayısı az da olsa kısırlık tedavisine giren erkekler hakkında da çalışmalar vardır. Nachtigall ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptıkları bir araştırmada kısırlık tanısı almış erkekler ile bu tanıyı almamış olan erkekler karşılaştırıldığında kısırlık tanısı almış olan erkeklerde düşük öz güven, kayıp ve suçluluk duygularının daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca, başka bir araştırmada kısırlık tanısı almış kadınlar gibi kısırlık tanısı almış erkeklerin de düşük öz güven, kaygı, yalıtma ve kendini suçlama gibi belirtiler gösterdikleri bulunmuştur (Lee ve ark., 2001).

Birçok kadın gibi erkekler de infertilite ile savaştıklarında düşük öz saygı, anksiyete, kendini suçlama, suçluluk duygusu ve daha fazla cinsel yetersizlik gibi durumları yaşamaktadırlar (Lee ve ark., 2001). İnfertil erkek kendisini çevrenin, toplumun beklentisine ters düşmüş durumda algılar. Kendisini topluma karşı görevini yerine getiremiyormuş gibi düşünür. Gelenek, görenek, örf, adet, din gibi temel toplumsal kurumların çocuğa ilişkin olarak toplumda oluşturdukları olumlu değer yargılarıyla bu toplumsal görevi yerine getirememenin çaresizliği, ezikliği zihinlerde çatışır (Erbengi, 1991). Pek çok erkek infertilite tanısı ile erkekliğini kanıtlayamadığını, gerçek bir baba gibi davranamadığını belirtmektedir (Türkoğlu ve ark., 1997).

1.1.7. İnfertilitenin Evlilik Üzerine Etkileri

Aile toplumla ilgili en küçük sosyal birimdir. Bütün toplumlarda aile birey için hayat merkezi, bireyin içinde bulunduğu en önemli ve asli sosyal grup, üyeleri arasındaki ilişkilerden ve ilişkilerin yapılanmasından doğan bir kurumdur (Bayram, 2009).

Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluklar yaşarlar (Özçelik, 2007). İnfertil bireylerin yaşadığı tüm bu olumsuz duygular, aile dinamiğinin bozulmasına neden olmaktadır (Bayram, 2009). Eşler kendilerini ya evliliklerini sürdürme, ya da çocuk sahibi olma arasında seçim yapmak zorunda kalmış gibi hissederler. Sağlıklı olan eş başka bir evlilik yapmayı düşünmeye başlayabilir. Kısacası, evlilik ilişkisi artık yıkılma tehdidi altındadır ve bu tehdit kişileri ikinci bir kayıp olasılığıyla karşı karşıya bırakır (Bayram, 2009).

Berg ve Wilson 104 infertil çiftin birinci, ikinci ve üçüncü yılda psikolojik fonksiyonlarını karşılaştıran bir çalışma yapmıştır. Çiftler ilk bir yıllık dönemde daha fazla ilişki problemi ve depresif semptom gösterirken, evlilik ilişkileri ve cinsel ilişki paternleri sabit kalmıştır. İkinci yıldaki çiftler psikolojik olarak normal değerlendirilmiş ve evlilik ve cinsel ilişkileri sabit seyretmiştir. Üçüncü yılda, depresif semptomlar, kişiler arası ilişkilerde problemler ve paranoid düşünceler artmıştır. Ek olarak obsesif kompulsif belirtilerde, düşmanca duygularda ve anksiyetede artma saptanmıştır. Bu araştırma infertilite kronikleştikçe duygusal emosyonel yükün arttığını gösterir (Algan, 2008).

Bayram (2009) tarafından yapılan bir diğer çalışmada, infertil çiftlerde evlilik uyumunun kontrol grubundan daha yüksek olduğu, cinsiyetler arası farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Kalitatif veriler sonucunda ise; infertilite deneyimlemiş

çiftlerde genel yaşam kalitesinin bozulduğu ancak evlilik bağlarının çocuk sahibi olmadan önceki kiyasla güçlendiği belirlenmiştir.

1.1.8. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri

İnfertilite evlilik ilişkisini etkilediğinde genellikle cinsel işlev ve memnuniyette bozulmalar da gündeme gelmektedir. Özellikle siklusun fertil zamanları sırasında cinsel ilişkide bulunma gerekliliği, cinsel ilişkinin doğallığının kaybolup ev ödevi gibi yaşanmasına yol açar. Kişi infertilitesinden dolayı cinsel olarak kendini yetersiz hissedebilir, evlilik ve cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilginin kaybolmasıyla sonunda depresif hale gelebilir (Tashbulatova, 2007).

İnfertilitenin evlilik ve cinsellik tatmini üzerindeki etkisini değerlendirmeye yönelik yapılan araştırmalar mevcuttur. İnfertil çiftler yani koca ve eşleri birbirleriyle karşılaştırıldıklarında, kadınların kocalarına göre daha az tatmin duygusuna sahip oldukları tespit edilmiştir (Lee ve Sun, 2000).

İnfertil çiftler bazen cinsel ilişkilerini belirli zamanlara göre ayarlamak zorunda kalmaktadırlar, örneğin ovulasyon zamanına göre ayarlandığında, bu durum hem kadınlar hem de erkekler üzerinde stres yaratmaktadır (Lee ve ark., 2000).

Erkeklerde infertilitenin olumsuz etkisi kendini cinsel boyutta göstermektedir. Bunda özellikle cinsel ilişkiye odaklanmak yani istek (belirli zamanlarda yapılması gereken cinsel ilişki) üzerine cinsel ilişkiye girilmesi önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda karşılaşılan bir sorun olarak, ereksiyon sorunu görülmektedir. Bu sorunlarda, yetersizlik duygusu ve vücut fonksiyonlarındaki kontrolünün kaybedilmesi etkili olmaktadır. Tanı ve tedavi süreci de psikolojik stresi arttırmakta ve cinsel tatminde daha da azalmaya yol açabilmektedir (Müller ve ark.,

1999). İnfertiliteyle isteksiz bir şekilde başa çıkmaya çalışmak, çiftlerin ilişkilerini bozabilmekte ve cinsel memnuniyetsizliğe yol açabilmektedir (Müller ve ark., 1999).

Müller ve arkadaşları (1999) tarafından 68 erkek hasta üzerinde erkek infertillerdeki cinsel istek/tatmin konusunda yapılan araştırmada, infertilite tanı ve tedavisinde olan erkeklerde, cinsel tatmin düzeyinde bir azalma olsa da, bunun çok fazla olmadığını belirtmektedir. Bu düşüş nispeten küçük bir düşüştür.

Zorn ve arkadaşları (2008) tarafından 1076 infertil erkek üzerinde yapılan bir araştırmada, infertil çiftlerdeki erkeklerde spermiyogram testi esnasındaki psikolojik faktörlerle, sperm kalitesi (yoğunluk, hareket hızı ve yönü, morfolojisi) arasındaki ilişki tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen veriler üzerinde yapılan regresyon analizi sonucunda, psikolojik olarak iyi olma seviyesi ile sperm yoğunluğu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Erkek ve kadınların infertilite ile başa çıkma biçimlerinin de evlilik uyumu ve infertilitenin evlilik üzerindeki sonuçlarını etkilediği söylenmektedir. Özellikle erkeklerin konuşmadığı, infertilite ve tedavisini gizlediği durumlarda infertilitenin evlilik üzerine etkisini de daha olumsuz görmektedirler. Yine cinsellik ve cinsel ilişkiden zevk alma bu etkide en önemli belirleyici olmaktadır. Aktif-yüzleştiren başa çıkma yolları kullanan erkekler daha yüksek evlilik yararı, aktif- kaçınan yolları tercih eden erkeklerin daha düşük evlilik yararı bildirdikleri söylenmektedir. Erkeklerin fertilitate tedavisine ilgisi ve bu tedaviye katılımları arttıkça, eşlerin iletişimlerinde olumlu değişiklikler ve infertilitenin evlilik üzerinde daha olumlu etkilerinin ortaya çıktığı görülmektedir (Eren, 2008).

1.2. Erkeklerde İnfertilite ve Psikolojik Yönleri

Yaşam stresi, otonom sistem, nöroendokrin ve immün sisteminin dinamik regülasyonu üzerinde bozucu etki yapabilmektedir (Collodel ve ark., 2008).

İnfertilite, en önemli yaşam krizlerinden birisi olarak görülmektedir. İnfertilite tedavisi gören kimselerin stres seviyesi yüksek olarak ölçülmektedir (Rashidi ve ark., 2008).

Erkek faktör infertilitesi bütün infertilite vakalarının %50'sinde izlenirken, vakalarının %35'inde tek başına bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda infertil erkeklerin kadınlara oranla birçok emosyonel fonksiyon indeksi açısından daha az bozukluk gösterdiği izlenmiştir. Bu gözlemin, erkeklerin emosyonel yanıtlarını daha az ifade etmelerinden mi kaynaklandığı bilinmemektedir. İnfertilite nedeni sadece erkek infertilitesi olan erkeklerde depresyon insidansı, fertil olan ya da infertilite nedeninin eşler arasında paylaşıldığı erkeklere oranla daha sık olarak izlenmektedir. İnfertil olan bir erkeğin kendini seksüel olarak yetersiz gördüğü ve geçici impotans ve azalmış libido gibi bir takım yakınmalar yaşadığı öne sürülmüştür. Problem ile ilişkili duyulan sürekli endişe, inhibitör sinirleri uyarıp, penisteki düz kas gevşemesini önleyerek kısmi ya da tam ereksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir (Saleh ve ark., 2003).

Saleh ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada infertilite araştırması yapılan 405 hastanın 46'sında (%11) ilk semen analizinde anormallik saptanması sonrasında ereksiyon ve orgazm problemleri yaşanmıştır. Bu erkeklerin infertilite araştırması öncesinde normal seksüel fonksiyonlara sahip olmalarından dolayı, bu

hastalardaki erektil disfonksiyonun psikojenik olduğu ve anormal semen analiz sonuçları ile ortaya çıktığı öne sürülebilir. (Saleh ve ark., 2003).

Psikolojik faktörlerin infertilite ile ilişkisi uzun yıllar araştırmacıların ilgi alanı olmuş, ancak aradaki gerçek ilişkinin biçimine dair ortak bir noktaya varılamamıştır. Bu nedensel ilişkiye dair 3 farklı varsayım üzerinde yoğunlaşmıştır (Wright, Allard, Lecours ve Sabourin, 1989; Akt. Eren, 2008):

1. Duygusal ve psikososyal sorunlar infertilite için risk faktörüdür.
2. İnfertilite ile ilişkili tanı ve tedavi süreci psikososyal sorunların nedenidir.
3. İnfertilite ve psikososyal sorunlar arasında karşılıklı bir ilişki vardır.

1.2.1. Bir Travma Olarak İnfertilite

İnfertilite ve tedavisi stresli bir süreçtir (Lee ve ark., 2000). Stres, bir kişinin fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü bozucu bir etki yaratır (Hafez ve Hafez, 2004).

İnfertilite çiftte birçok fiziksel ve psikolojik değişim meydana getirebilmektedir. Her ne kadar yapılan çoğu araştırmada kadınların erkeklere oranla daha fazla infertileden psikolojik olarak etkilendiği tespit edilmişse de, erkekler de bu durumdan oldukça etkilenmektedirler (Zorn ve ark., 2008).

Düne kadar daha çoğunlukla kadınlara erkekler için yeni tedavi yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. İntracytoplasmic sperm enjeksiyonu (ICSI) veya MESA (microsurgical epididymal sperm aspiration) gibi bu yöntemler daha çok tanınal yöntemler ve tıbbi randevular gerektirmektedir. Özellikle intracytoplasmic sperm enjeksiyonu (ICSI) infertil erkeklere daha fazla yük yüklemekte ve bu yük beraberinde erkeklere daha fazla stres yaratmaktadır (Lee ve ark., 2000).

1.2.2. Erkeklerde İnfertilite ve Depresyon

Son 25 yılda yapılan tartışmalar sonucunda anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin doğasıyla ilgili 3 varsayım ileri sürülmüştür (Samancı ve ark., 2000):

1. Anksiyete ve depresyon niceliksel olarak birbirinden farklıdır, aynı çizgi üzerinde yer alır.
2. Anksiyete ve depresyon nitelik olarak birbirinden farklıdır.
3. Anksiyete ve depresyon birlikte bulunabilir, bu durum saf depresyon ve anksiyeteden niceliksel ya da niteliksel olarak farklıdır.

Hamilton (1982) depresyonu yaşamsal aktivite azalması olarak tanımlamış, bilişsel, duygusal ve fizyolojik işlevlerde değişikliklerle ortaya çıkmakta ve en sık karşılaşılan 3 belirti olarak depresif duygu durumu, ilgi azalması ve kaygı olduğunu belirtmiştir (Kutluk, 1994).

Beck modeline (1972) göre depresyon; kişinin kendine, dünyaya, olaylara ait olumsuz algı ve değer yargıları ile belirlenir. Depresyonda ilk bozulan şeyin bireyin bilişi olduğunu ileri süren Beck depresyon belirtilerini 1.Emosyonel belirtiler (kederli duygu durum, kendinden hoşnutsuzluk, doyumsuzluk, ilgi azalması, ağlama nöbetleri, neşesizlik) 2. Bilişsel ve güdüsel belirtiler (kendini aşağı görme, olumsuz beklentiler, kendini suçlama, kararsızlık, çarpıtılmış beden imgesi, intihar isteği, güdülerin azalması) 3. Fiziksel ve vejetatif belirtiler (iştahsızlık, cinsel dürtü kaybı, uyku bozukluğu, yorgunluk) üç başlıkta toplamıştır (Kutluk, 1994).

İnfertil kadınlarla yapılan çalışma sonuçlarına göre; infertil kadınlarda depresyon, anksiyete görülme sıklığı ve psikolojik semptomları şiddeti sağlıklı kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Bayram, 2009). Üreme ile ilgili sorunların kadının ailesi ve eşi tarafından suç olarak değerlendirildiği

Nijerya’da ise infertil kadınlarda depresyon görölme oranı %37, anksiyete sıklığı %43 olarak bildirilmektedir (Bayram, 2009).

Psikolojik faktörlerin erkek infertilitesi üzerine etkilerine yönelik araştırmalar son yıllarda ön plana çıkmıştır. Erkeklerde infertiliteden kaynaklı olarak giderek artan stresin bazı anatomik değişikliklere ve özellikle sperm üretiminde düşüklüğe yol açtığı görölmüştür (Conrad ve ark., 2002). Erkek infertiller gerçeklerle daha net bir şekilde yüzleşebilmekte ve depresyona kadınlarla kıyaslandıklarında daha az girmektedirler (Zorn ve ark., 2008).

Lee ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan araştırmada infertilite tedavisi gören çiftlerde bu sürecin stresli bir süreç olduğu, her ne kadar kadınların kocalarına göre daha çok stres içerisinde oldukları belirlenmişse de, infertil erkeklerin de yoğun bir stres altında oldukları görölmüştür. Her iki cinste, tedavi öncesinden sonrasına kadar, endişe ve depresyon tanıları gösterir. Ayrıca hem kadınlar hem erkekler, IVF basamaklarının stres seviyelerini aynı tanımlamışlardır (Gardner, 2010).

İnfertil erkekler depresyon ve endişe içerisinde olma durumunda ve yatkınlığındadırlar. İnfertil erkeklerin daha düşük erkeksi eğilimler, öz saygı içerisinde oldukları da yapılan araştırmalarda elde edilen bulgular arasındadır (Zorn ve ark., 2008).

Depresyon ve endişe gibi psikolojik faktörler, hamile kalma olasılığını düşürmektedir (Collodel ve ark., 2008).

1.2.3. Erkeklerde İnfertilite ve Kaygı

Anksiyete; korku, endişe, telaş, kuruntu, üzüntü, gerginlik gibi insanda baskı ve gerilime yol açan, subjektif olarak hissedilen, hoş olmayan niteliğe sahip bir duygudur (Kutluk, 1994).

Zorn ve arkadaşları (2008) 1076 infertilite tanı ve tedavisi gören çift üzerinde yaptığı araştırmada, erkeklerin %19.9'unda endişe özellikleri görüldüğünü tespit etmiştir. Gallinelli ve arkadaşlarının 40 IVF hastası ile yaptığı çalışmasında, anksiyete ve bununla başa çıkmanın gebelik oranlarına etkisini incelemiştir. Her bir katılımcıya oosit toplanmasından önceki akşam anksiyete anketi ve psikolojik gerilimlerini arttırma üzere tasarlanan bir test uygulanmış, buna göre implantasyon sağlanan grubun anksiyete oranları anksiyete skorları başarısız olunan gruba kıyasla belirgin olarak düşük bulunmuştur. Ayrıca implantasyon sağlanan grupta sistolik kan basıncı ve kalp hızı okumaları implantasyon sağlanamayan gruba kıyasla çok daha düşüktü (Gardner, 2010).

Bir başka çalışmada 138 hasta değerlendirilmiş ve katılımcılara tedaviye başlamadan önce anksiyete ve depresyon düzeyi belirlemeleri yapılmıştır. Buna göre IVF döngüsü ile gebe kalmayan kadınlardaki tedavi öncesi anksiyete düzeylerinin gebe kalanlara kıyasla çok daha yüksek olduğu görülmüştür (Gardner 2010).

IVF (In Vitro Fertilizasyon) uygulaması içerisinde olan erkeklerin genel olarak her zamanki (aynı) kişilik özellikleri gösterdikleri, aynı zamanda daha çok dominant ve koruyucu bir tutum içerisine girme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir (Kertenich ve ark., 1992; Zorn ve ark., 2008). Diğer taraftan ICSI (intracytoplasmic sperm injection) uygulaması içerisinde olan erkeklerin IVF (In Vitro Fertilizasyon)

uygulaması içerisinde olan erkeklere göre daha büyük bir (bir gün öncesinde) stres içerisinde oldukları belirlenmiştir (Boivin ve ark., 1998; Zorn ve ark., 2008).

Genel olarak infertil kadınlar infertil erkeklere göre daha fazla bir duygusal stres duyarlar. Kadınlar, infertiliteyi hayatta oynadıkları roldeki ciddi bir başarısızlık olarak görürken, erkekle infertiliteyi, üstünden gelinebilecek talihsiz bir olay olarak görmektedirler (Lee ve Sun, 2000).

1.3. Erkeklerde İnfertilite ile Baş Etme

1.3.1. Stres ve İnfertilite ile Baş Etme

Evlendikten sonra çocuk sahibi olamamak birçok çift için stres sebebidir. Batılı ülkelerde yapılan çok sayıda çalışma infertilitenin çiftlerde bir stres kaynağı olduğunu göstermiştir. İnfertil çiftler bu durumla mücadele için çeşitli stratejiler geliştirebilirler. İnfertilite ile baş etme süreci bazı araştırmacılar tarafından incelenmiş olup, Lazarus ve Fokman (1984) tarafından yapılan araştırmalar bunlar arasında en çok dikkat çeken araştırmalar olmuştur (Lee ve ark., 2000).

Demyttenaera ve arkadaşları (1998) yaptıkları araştırmada negatif duygulanım düzeylerinin gebelik oranlarında belirgin bir düşüş ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Negatif duygulanımların dışı vurumuna dair bir analizde analiz skoru ortalamadan düşük olan kadınların gebelik olasılığı %31,3 iken analiz skoru ortalamının üzerinde olan kadınlarda bu oran %14,9 bulunmuştur.

2001 yılında yapılan iki büyük çalışmada (Smeenk ve ark.; Klonoff-Cohen ve ark.) psikolojik stres ve IVF başarı oranları arasındaki ilişki desteklenmiştir. 291 kadın hastaya ilk stoplazma içine sperm enjeksiyonu (ICSI) döngüleri öncesinde anksiyete ve depresyon değerlendirmeleri yapılmış ve başlangıçtaki psikolojik

faktörler ile gebelik olasılığı arasında belirgin bir ilişki olduğu görülmüştür. Anksiyetenin gebelik oranı açısından depresyona kıyasla kısmen daha iyi bir belirteç olduğu sonucuna varılmıştır. İkinci çalışmada ise tedaviye başlamadan önce 151 kadına uygulanan psikolojik anket sonucunda, pozitif duygu durumu en yüksek olan kadında canlı bir doğumun olmama olasılığı bu skorun en düşük olduğu hastadakine kıyasla %93 daha düşük bulunmuştur (Gardner, 2010).

Lee ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada infertilitenin yol açtığı stresle başa çıkmada “yükü paylaşma” stratejisinin kadınlar tarafından kocalarına oranla daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Yükü paylaşma stratejisi endişe ve stresin eşle ve diğer infertil çiftlerle paylaşılmasını içermektedir. Ayrıca diğer araştırmalar da kadınların erkeklere oranla duygularını paylaşmalarının sosyal olarak daha kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kadınlar diğer infertil çiftlerle sosyal ilişki kurmada daha aktif bir rol oynamaktadır.

Lee ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin eşlerine göre “en iyi olma” stratejisini daha çok kullandıkları belirlenmiştir. En iyi olma stratejisi cinsel ilişki sürecinde olumlu tutumu muhafaza etmeyi ve cinsel ilişkide yer, pozisyon ve zamanı değiştirmeyi içerir.

Erkeğin kişiliği ve infertiliteyle baş etme tarzları arasında bir ilişki olup olmadığını araştıran çalışmalar dışa dönük kişiliğe sahip erkeklerin infertilite ile baş etmede daha başarılı olduğunu gösterirken, bazı araştırmalar kişilikle infertilitenin yarattığı stresle baş etme arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermiştir (Conrad ve ark., 2002).

Hjelmstedt ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir araştırmada, infertilite sorunu yaşayan çiftlerin birbiriyle daha çok yakınlaştıklarını göstermiştir. 192 erkek ve kadın üzerinde yapılan bu araştırmada, katılımcıların yarısından fazlası, ilişkilerinin bu sũreçte herhangi bir zarar gũrmediđini ifade etmiş, hatta ilişkilerinin daha da derinleştiğini belirtmişlerdir. Buna neden olarak, infertilitenin getirdiği psikolojik sorunlarla beraber mũcadele etmek, birbirlerine bu sũreçte destek olmak gũsterilmiřtir. Diğer taraftan, infertilite tedavi ve test sũrecinde çiftlerde yaşanan uzaklaşmanın ise, genellikle cinsel problemlerden kaynaklandığı ifade edilmiştir.

Hjelmstedt ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bu araştırmada, kullanılan ۆlçekteki sorular ve erkeklerin bu sorulara verdiği cevapların ortalamaları aşağıda verilmiştir. Değerlendirmede Likert tipi 7'li ۆlçek kullanılmıştır. Buna gũre, 1 (Hiçbir zaman) 7 ise (Daima) olacak şekilde bir ۆlçeklendirme yapılmıştır.

- Ailemi ihmal ettim 1.97
- Partnerime cinsel olarak cevap verebildim 3.84
- İnfertilite hakkında dũřũncelere kapıldım 5.19
- İnfertiliteyi hayatın diğer kısımlarından ayrı tutabildim 3.81
- Çocuk sahibi olamamak benim için baş edilmesi çok gũ bir durum 2.07
- Çocuk sahibi olabilmek için gereken her şeyi yaparım 4.13
- Bu sũrece başlandığında bir başarısızlık duygusuna kapıldım 2.90
- Bir ocuk sahibi olmak, hayatımın temel odağı durumundadır 5.00
- İnfertilite hayatımdaki en zor sorunlardan biri 4.28

- Başkalarından, çocuk sahibi olmam yönünde baskı görmekteyim. 3.07
- Tedaviyi bırakmayı düşündüğümde suçluluk duymaktayım 2.97
- İnfertilite hayatımın diğer alanlarını da etkiledi 3.64
- Eğer çocuk sahibi olamazsak, bir erkek olarak oynadığım rol tamamlanmamış olacak 2.77
- İnfertilite konusunda kendimi yarımsız hissediyorum 4.04
- İyi bir eş değilim 1.96

Psikolojik desteğin infertilite tedavisine olumlu etkileri olduğu yönünde çalışmalar vardır. Türk kadınlarla yapılan bir çalışmada, danışmanlık vermenin anksiyete ve depresyon oranını azaltarak gebelik oranını arttırdığı ve gebelik oluşsun veya oluşmasın danışmanlığa tedavi sona erene kadar devam etmesi gerektiği vurgulanmıştır (Terzioğlu, 2001).

Psikolojik nedenlerin tedaviye devam etmeme kararında etkili olduğu konusunda görüşler de vardır. Hastanın ruh sağlığının, infertilite tedavisinin bütünlüyci bir bileşeni olarak kabul edilmesi önerilmektedir. Hastanın anksiyete ve depresyon düzeyi değerlendirilerek bu şekilde hastanın sıkıntısı azalabilir bu da daha yüksek tedavi başarısı ve daha düşük tedaviyi bırakma anlamına gelebilir (Boivin ve ark., 1999).

İnfertiliteyle isteksiz bir şekilde başa çıkmaya çalışmak, çiftlerin ilişkilerini bozabilmekte ve cinsel memnuniyetsizliğe yol açabilmektedir (Müller ve ark., 1999).

İnfertilite ile baş etmede hem problem odaklı hem de duygu odaklı baş etme stratejileri kullanılabilir. Problem odaklı başa çıkma stratejisinde, konu ile ilgili bilgi toplama, tanı ve tedavi ile ilgili bilgi alma, eşle uygun iletişim kurma söz konusudur. Duygu odaklı stresle başa çıkma stratejisinde ise, infertilite tanı ve tedavisinde duyguları devamlı olarak açıklanmasını, paylaşılmasını ve duyguların ön plana çıktığı bir iletişim kurulmasına odaklanma söz konusudur (McQueeney ve ark., 1997).

1.3.2. İnfertiliteye Karşı Psikolojik Reaksiyonlar

Yardımcı Üreme Teknikleri, infertilitenin tedavisinde fırsatları genişletse de çiftlere psikolojik zorluklar da yaratmıştır. Genelde sonuç alınması uzun aylar ve bazen yıllar süren başarısız denemeler, yüklü duygusal, fiziksel ve finansal yükleri getirir. Genel tavırları depresif, kızgın, yorgun, bağımlı ve kaygılıdır (Gardner, 2010). İnfertil çiftlerin verdiği psikolojik yanıtlar heterojenite sergilemekte ve infertilite değerlendirmesinde hangi aşamada bulunduğu, yaş, gelir düzeyi, tedavi masrafları, uygulanan tanı koyucu test ve tedavi sayısı, çocuk sahibi olmaya atfedilen anlam ve sosyal destek algıları gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. İnfertilitenin tanı ve tedavi sürecinde pek çok çift şok, inkâr, öfke, yas, suçluluk, engellenme, depresyon, haset ve kıskançlık gibi bir dizi duygu yaşamaktadır (Eren, 2008).

İnfertilite ve Yardımcı Üreme Tekniklerinin stresli sonuçlarına rağmen, infertilitenin psikolojik etkileri üzerine yapılan bir çalışmada (Stanton ve Danoff-Burg, 1996), çoğu infertil erkek ve kadının psikolojik olarak dirençli ve psikosoyal fonksiyonlarının yeterli olduğunu bulmuştur. Boşvın'ın bulgularına göre infertil hastalar grup olarak ölçüt olarak endişe, psikiyatrik rahatsızlık, evlilik problemleri, cinsel bozukluklar konularında çok az seviyede kayda değer, uzun süreli uyumsuzluk

yaşarlar. Toplamda bu grubun evlilik uyumu normal seviyededir ve infertilite krizi, evlilikte iletişimi ve duygusal yakınlığı arttırabilir (Gardner, 2010).

1.4. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel yanıtların fizyolojik bir döngüsü vardır. Bu döngü içinde istek, uyarılma, orgazm ve çözülme (rezolüsyon) gibi evreler bulunur. Başka bir deyişle, erkekte tamamlanmış bir cinsel aktivite için önce bu yönde bir istek olması, bu isteği bir uyarılmanın izlemesi ve nihayet uyarılmanın ulaştığı bir doruk noktası yani orgazmın gerçekleşmesi gerekir. Orgazm ertesi, cinsel yönden yeniden uyarılabilme ve aynı döngünün tekrarlanabilmesi için geçirmesi gereken süre ise rezolüsyon olarak bilinir. Bu döngünün sağlıklı işleyişi çeşitli biyolojik (vasküler, hormonal, nörolojik) ve psişik etkenlerin karşılıklı ve uyumlu bir etkileşimini gerektirir. Sözü edilen biyolojik ve psişik sistemleri veya aralarındaki karmaşık etkileşimleri olumsuz yönde etkileyen nedenler, cinsel yanıtların fizyolojik döngüsünü bozarak cinsel işlev bozukluklarına neden olur. Bu bağlamda cinsel işlev bozuklukları (Sungur, 1999):

1.4.1. Cinsel İlgi ve İstek Bozuklukları

Erkeklerde bu tür yakınma ile yapılan başvurular oldukça nadirdir. Bunun en önemli nedeni cinsel ilgi ve istek azalmasının sıklıkla erektil işlev bozukluğu (EİB)'e (uyarılma bozukluğuna) neden olması ve erkeklerin daha çok erektil yetmezlik yakınması ile başvurularındır. Algi ve istek bozukluğu ile başvuruların sıklığını azaltan bir başka etken ise “erkeklerin her zaman ve her koşulda cinselliğe hazır olduğu” biçimindeki cinsel mittir. Bu tür yanlış/abartılı bilgi ve beklentiler erkeğin yardım arama davranışı içine girmesine engel olmaktadır. Cinsel İlgi ve İstek bozukluğu erkeklerde hemen tamamen “azalmış cinsel istek” biçiminde kendini

gösterir. Cinsel ilgi ve istek azalması primer bir sorun olarak ortaya çıkmışsa etiolojide öncelikle endokrin (hormonal) bozukluk araştırılmalıdır (Sungur, 1999)

1.4.2. Cinsel uyarılma bozuklukları

EİB (Eretil İşlev Bozukluğu), erektil yetmezlik, ereksiyon kusuru, sertleşme bozukluğu ve empotans birbirleriyle sinonim olarak kullanılan ve erkekteki cinsel uyarılma bozukluğunu ifade eden terimlerdir. Bunlardan empotans, iktidarsızlık anlamında kullanıldığından ve bir erkeğin iktidarı sertleşmenin niceliği ile ölçülemeyeceğinden kullanılmamalıdır. EİB cinsel birleşmeyi sağlamak için gerekli sertleşmenin oluşmasında ya da sürdürülmesinde ortaya çıkan inatçı ve tekrarlayıcı yetersizlik olarak tanımlanabilir. Sınıflamada bir cinsel uyarılma bozukluğu olarak tanımlanmasına karşın bir cinsel ilgi ya da istek azlığının sonucu olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır (Sungur, 1999).

1.4.3. Orgazm bozuklukları

1. Anorgazmi (inhibe erkek orgazmı): Normal bir cinsel uyarılma dönemini izleyerek inatçı ve tekrarlayıcı biçimde orgazmın gecikmesi ya da olmaması anlamına gelir. Klinisyen, orgazm gecikmesini değerlendirirken danışanın yaşını ve yeterli bir cinsel uyarılmanın olup olmadığını göz önüne almalıdır. Yine bu tanı konulmadan önce diğer I. eksen bozukluklarının ve organik etkenlerin dışlanmış olması gerekir. Ayıcıcı tanıda prostat ameliyatlarını takiben gelişen retrograd ejakülasyonun da dışlanması gerekir. Çoğu kez cinsel birleşmeyle boşalmanın gecikmesi ya da olmamasına karşın, oral ya da elle uyarılmayı takiben orgazm oluşabilmektedir. Erkekteki CİB (Cinsel İşlev Bozukluğu) arasında daha nadir görülen bir bozukluktur (Sungur, 1999).

2. Erken boşalma (prematür ejakülasyon): Erken boşalmanın fikir birliğine ulaşılmış bir tanımı yoktur. “Erkeğin, partneri orgazm olmadan önce boşalması” biçimindeki bir tanım mevcut sorunun partnerinin orgazmının gecikmesi ile ilgili olup olmadığını yeterince yansıtmadığından doğru değildir ve bu tanımlama günümüzde bir cinsel mit olarak kabul edilmektedir. İnatçı ve tekrarlayıcı biçimde, çok az cinsel uyarılma ile cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra ve kişinin ve partnerinin arzu ettiği süreden daha önce oluşan boşalma daha iyi bir tanımlama olmaktadır. Klinisyen bu tanıyı koymadan önce yaş, cinsel birleşme sıklığı, partner özellikleri, ön sevişme süresi ve ortamın uyarıcılığı gibi etkenleri göz önüne almalıdır (Sungur, 1999).

3. Geç boşalma (retarde ejakülasyon): Kendisini, boşalmanın hiç olmaması (mastürbasyon, uyku ve cinsel birleşme sırasında), kısmen oluşması (mastürbasyonda oluşan ancak cinsel birleşme sırasında oluşmayan) ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonunda oluşan boşalma biçiminde gösterebilir. Genellikle aşırı kontrollü ve kendini cinselliğe bırakmakta güçlük çeken ve partnerine hostile duyguları yaşayan erkeklerde görülen bir bozukluktur. Ancak boşalmanın hiç olmaması çoğu kez organik bir patolojiye işaret eder (Sungur, 1999).

Cinsel işlev bozuklukları erkek için infertiliteye yol açan sebeplerdir. Aşağıda sıralanan sebeplerden bir tanesinin var olması durumunda infertil bir durumla karşılaşılacaktır. Erkekler için cinsel işlev bozukluğunun olmaması için aşağıdakilerin sağlanabilmesi gereklidir:

- En az bir testis bir ovumu dölleyebilecek kadar normal sperm üretebilmelidir.

- Duktal sistem (epididimis ve vas deferens), penise spermi taşımak için en az bir tarafta açık olmalıdır.
- Ereksiyon olabilmelidir.
- Ejekülasyon yapabilmelidir.
- Servikse ya da yakınına bırakılan sperm uterus içine girebilmeli, tüplere ilerleyebilmeli ve oositi fertilize edebilecek kapasitede olmalıdır. Uygun cinsel istek ve davranış biçimi olmalıdır (Kuş, 2008).

İnfertilitenin cinsel işlev üzerine etkisini inceleyen çalışmalardan birinde, kadınların cinsel ilişki sıklığında artma ve cinsel istekte artma olduğu bildirilmiştir. Bu farklılık gebe kalma isteğinin yapay bir yansıması olarak yorumlanmıştır. Yine aynı çalışmada erkekler daha fazla cinsel tatminsizlik ve cinsel işlev bozukluğu bildirmişlerdir. Erkeklerin cinsel doyumunun azalmasının altında psikolojik baskının olduğu düşünülmektedir (Monga ve ark., 2004). İnfertilitenin cinsel işlevi inceleyen çalışmanın sonuçları çelişkilidir.

Cinsel istekle ilgili yapılan çalışmalarda normal çiftler arasında kadınlar % 35 oranında cinsel isteksizlikten yakınmaktadırlar. Kolej öğrencilerinde seksüel istekle ilgili yapılan bir araştırmada erkeklerin % 72, kadınların ise % 30'unda seksüel istek veya fanteziler olduğu görülmüştür (Tashbulatova, 2007). Cinsel uyarılma problemleri ise toplumda kadınlarda % 11- 48 oranında görülmektedir. Orgazm olamama kadınların % 30'unda bildirilmiştir. Cinsel ilişki esnasında ağrı da kadınlarda ortalama % 8 civarında bulunmaktadır. IVF(in vitro fertilizasyon) tedavisine başvuran çiftlerde yapılan bir çalışmada çiftlerin % 47'si infertilitenin ilişkilerinde yakınlaşma, güçlenme ve iletişimlerinde artmaya sebep olduğunu

bildirirken, % 20'si olumsuz etkilerini dile getirmiştir (Tashbulatova, 2007). Kadınlarda yapılan bir çalışmada % 58 oranında cinsel ilgide azalma ve sebep olarak da programlanmış cinsel ilişki bildirilmiştir (Oğuz, 2004).

İnfertil çiftlerin cinsel yaşamını etkileyen bir çalışmada azospermi teşhisi konan erkeklerin yarısından fazlasının ereksiyonla ilgili işlev bozukluğu yaşadıkları gösterilmiştir (Lee ve ark., 2001). Pook ve arkadaşlarının androloji kliniğine gelen 120 erkek hastada yaptıkları araştırmada, 6 ay sonra yapılan analizde stres düzeyinin yükselmesi ile sperm kalitesinin düştüğü gösterilmiştir (Pook ve ark., 2004).

Cinsel işlev bozuklukları ile baş etme düzenekleri arasında da bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Cinsel işlev bozukluklarının adaptasyona yönelik baş etme stratejilerini kullanan çiftlerde daha az görülürken, plan yapma ve geride durma stratejilerini kullanan çiftlerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Bar-Hava ve ark., 2001).

Yine yapılan bir çalışmada, çiftlerde görülen psikolojik cinsel işlev bozukluklarının oranları; erkeklerde en sık rastlanan sorun erken boşalma olup %66, ereksiyonla ilgili işlev bozukluğu %15, orgazm olamama %8 oranında görülmektedir. Kadınlarda ise en sık rastlanan sorun ağırlı cinsel ilişkide bulunma %58, cinsel istek azalması %28, orgazm olamama %14 oranında görülmektedir. Ayrıca erkeklerde ejakülasyon olmaması, retrograd ejakülasyon ve kadınlarda ise vajinismus bildirilmektedir (Jain ve ark., 2000).

1.5. Araştırmanın Amacı

Aile bağları güçlü olan toplumlarda çocuğa verilen önem yüksektir (Oğuz, 2004). Çocuk sahibi olmadaki başarısızlık çiftlerde ciddi psikolojik strese neden

olabilir (Gardner, 2010). Bunu takiben cinsel işlev ve memnuniyette azalmalar görülebilir. Psikolojik nedenler tedaviye devam etmeme kararında önemli rol oynamaktadır. İnfertilitenin yarattığı bu duygusal sonuçlardan dolayı hastaların tıbbi tedavinin bir parçası olarak psikolojik tedaviye ihtiyaç duydukları açıktır.

Türkiyede daha önce yapılan çalışmalarda genellikle infertil çiftlerde kadınların psikolojik durumları incelenmiş, erkeklerin emosyonel ve cinsel işlev durumları hakkında detaylı araştırmalar yapılmamıştır (Algan, 2008; Kuş, 2008; Oğuz, 2004).

Bu bilgiler ışığında bu çalışma, birincil infertilite nedeni ile infertilite kliniklerine başvuran çiftlerden, erkeklerden kaynaklanan infertilite tanısı alan çiftlerde, erkeklerin infertilitenin psikolojik etkileri ve bunun evlilik ilişkisi ve cinsel işlev üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu amaçla şu sorulara yanıt aranacaktır:

- Erkeklerde, infertilite grubu ile karşılaştırma grubu arasında cinsel işlev yönünden bir fark var mıdır?
- Erkeklerde, infertilite grubu ile karşılaştırma grubu arasında evlilik uyumu açısından bir fark var mıdır?
- Erkeklerde, infertilite grubu ile karşılaştırma grubu arasında depresyon düzeyleri yönünden bir fark var mıdır?
- Erkeklerde, infertilite grubu ile karşılaştırma grubu arasında kaygı düzeyleri açısından bir fark var mıdır?

1.6 Araştırmanın Önemi

İnfertil çiftlerin yaşadıkları olumsuz duygular, sahip oldukları sorunun yükünü daha da ağırlaştırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde infertil çiftlerin tıbbi olmayan sorunlarına gün geçtikçe daha çok önem vermeye başlanmıştır. Türkiyede ise tedavi alan çiftlere profesyonel olarak psikolojik hizmet verilmesi henüz yaygın değildir. Bu araştırmada elde edilen veriler, tıbbi yardım kadar psikolojik gereksinmelerin göz önüne alınması gerektiğine katkıda bulunabilir.

2. BÖLÜM

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmaya İstanbul Tüp bebek ve Kadın Sağlığı Merkezine Şubat 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesine başvuran ve tedavi görmekte olan spermiyogram, hormon profili, histerosalpingografi (HSG) rutin tetkikleri yapıldıktan sonra erkek kaynaklı infertilite tanısı almış, araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 24-45 yaş arası 56 infertil çift alınmıştır. Sekonder infertil erkekler çalışmaya alınmadı. Kadına bağlı infertilite çalışma dışı bırakıldı.

Karşılaştırma Grubu ise İstanbul Tüp bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi, Kadın Hastalıkları Polikliniğine, kadın doğum yakınmaları nedeniyle muayene için gelen, üreme problemi olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden, en az ilkokul mezunu, evli, yaşayan bir çocuğu olan 24-45 yaş arasında 48 çift oluşturmuştur. Çalışmaya katılan çiftlere çalışmanın amacı ve yapılış biçimi anlatılmış ve bu çiftlerden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam formu alınmıştır.

Araştırma grubuna; çalışmaya katılma konusunda gönüllü, en az 1 yıllık infertilite tedavi öyküsü olan, Türkçe konuşuyor olan, en az ilkokul mezunu ve infertilite tedavi sürecinde olan, başka bir kronik rahatsızlığı olmayan ve en az son 6 aydır aktif cinsel yaşamı alan çiftler alınmıştır.

Karşılaştırma grubu ise üreme problemi olmayan ve doğal yöntemlerle gebe kalıp en az bir yasayan çocuğu olan gönüllü çiftlerden oluşturulmuştur.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada infertil ve karşılaştırma grupların sosyodemografik özellikleri ve cinselliğe karşı tutumlarını içeren demografik bilgi formu (EK-1, EK-2, EK-3, EK-4), cinsel fonksiyonlar ile ilgili durumun sorgulandığı uluslar arası cinsel fonksiyon değerlendirme formları; erkekler için Ereksiyon İşlevi Uluslar arası Değerlendirme Formu (EK-8), kadınlar için Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (EK-5), depresyon durumunu belirlemede Beck Depresyon Ölçeği (EK-7), kaygı düzeylerini belirlemede Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (EK-9, EK-10), evlilik uyumunu belirlemede Evlilik Uyum Ölçeği (EK-6), Erkekler için Cinsel Sağlık Değerlendirme Formu (EK-11) kullanılmıştır.

Genel Bilgi Formu:

Araştırmayı oluşturan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, evlilik süresi, infertilite nedeni, çocuk isteme süresi, aile tipi, tanılarını saptamak amacıyla hazırlanmıştır (EK-1, EK-2, EK-3, EK-4).

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI):

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi 2000 yılında Rosen ve arkadaşları tarafından kadın cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. 19 maddelik çok boyutlu bir ölçektir. Ölçek, son 4 haftadaki cinsel sorunları ya da işlevi değerlendirmektedir. İstek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, genel tatmin, ağrı olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Cinsel istek sıklığı 1 ve 2. sorularda (puan aralığı, 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı, 0-5); lubrikasyon sıklığı, zorluğu, cinsel iliksizde koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı, 0-5); genel tatmin' doyum 14-16. sorularda (puan aralığı 0-1 ile 5); ağrı, vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95.0 en düşük ham puan 4.0'tur. Alt boyutların faktör yükleri ise istek için 0.6, uyarılma ve lubrikasyon için 0.3, orgazm, doyum ve ağrı için 0.4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleri ile çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0 en düşük puan ise 2.0 olarak hesaplanmıştır. Testin güvenilirliği iki şekilde değerlendirilmiştir; iç tutarlılık ve test tekrar test güvenilirliği Cronbach's Alfa ile 6 alt boyut için ayrı ayrı belirlenmiş ve değerleri 0.82 ve daha yüksek bulunmuştur (Aygın ve Aslan, 2005).

Ölçeğin Türkiye için güvenilirlik ve geçerlik çalışması 2005 yılında Aygın ve Aslan tarafından yapılmıştır. Örneklem kapsamına 30-70 yaşları arasında büyük yüzdelik dilimi ortaöğretim görmüş (%40) ev hanımları oluşturmuştur. Meme kanserli kadınlarda iç tutarlılık katsayısı oranı 0.70 ile 0.96 arasında, ortalama Cronbach Alfa değeri 0.98 ve 1 ay arayla test tekrar test güvenilirlik ölçümü $r = 0.75$

bulunmuştur. Sonuç olarak elde edilen bulgular Kadın Cinsel Fonksiyon ölçeğinin Türk kadınları için cinsel işlev ölçümünde geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir (Aygın ve Aslan, 2005).

Ölçeğin kesme puanı 26.55'tir. 26.55 ve altında puana sahip olanlarda Cinsel disfonksiyon olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından istek puanı ≤ 3.6 , uyarılma puanı ≤ 3.9 , lubrikasyon puanı ≤ 3.6 , orgazm puanı ≤ 3.6 , doyum puanı ≤ 3.6 ve ağrı puanı ≤ 4.4 ise bu alt boyutlarda cinsel disfonksiyon olduğu kabul edilmektedir (Cayan ve ark., 2004; Rosen ve ark., 2000; Rosen ve ark., 1997).

Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (International Index Of Erectile Function – IIEF-15), (Sexual Inventory for Men: IIEF-5).

Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilen, orijinal dili İngilizce olan IIEF formu çeşitli dillere çevrilerek geçerlilik çalışması yapılmıştır (Rosen et al 1997). Ölçek, Türk Androloji Derneği tarafından Türkçeye çevrilmiş (Yıldız ve Pınar 2004), Türkiye için geçerlilik çalışması sadece IIEF-15 formunun ilk 4 sorusundan alıntı IIEF-5 formu için yapılmıştır (Turunç ve ark., 2006). IIEF-15 İndeksi cinsel işlev, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, cinsel ilişki memnuniyeti ve genel memnuniyet olmak üzere 5 ana konuyu içermektedir. Erektile işlev 6, orgazm işlevi 2, cinsel istek 2, cinsel ilişki tatmini 3 ve genel tatmin 2 soru ile sorgulanır. Bu form son 4 haftalık süreç içerisinde erektil fonksiyonun kalitesini sorgulamaktadır (Yıldız ve Pınar 2004). Sorulan sorulara verilen cevaplar bu formda 0 ile 5 arasında puanlandırılmıştır. Bu çalışmada, IIEF-15 formunun 5 soruluk yeni versiyonu olan 'erkekler için cinsel sağlık değerlendirme'(Sexual Health Inventory for Men: IIEF-5) kullanılmıştır. Ayrıca erkek cinselliğinin diğer alanlarını ölçmek için IIEF-15 formu da kullanılmıştır.

IIEF-5 formu 5 sorudan oluşmaktadır. Hastaların verdikleri cevaplara göre 1 ile 5 puan arasında skora yapılmıştır. Verilen cevaplara göre 5 ile 7 arasında skorlanan hastalar şiddetli derecede ED olan 1 numaralı kategoriye, sırasıyla 8-11 arası skor alan hastalar orta derecede ED olan 2 numaralı kategoriye, 12-16 arası skor alanlar hafif-orta derecede ED olan 3 numaralı kategoriye, 17-21 arası skor alanlar hafif derecede ED olan 4 numaralı kategoriye dahil edilir. 22-25 arası skor alanlarda ED olmadığı kabul edilir (Turunç ve ark., 2006). IIEF-5 formunun iç güvenilirliği ve test-tekrar güvenilirliği sonucunda korelasyon katsayıları birinci soru için 0,896, ikinci soru için 0,924, üçüncü soru için 0,892, dördüncü soru için 0,907 ve beşinci soru için 0,901 olarak hesaplanmış, tüm sorular için korelasyon katsayısı $r=0,96$ dir ($p<0,001$) (Turunç ve ark., 2006).

Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)

Locke ve Wallace'ın geliştirdiği EUÖ, evliliğin niteliğini ölçen 15 maddelik bir ölçektir. EUÖ' deki puanlar, uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artmaktadır. Bu durumda en düşük uyum puanı 2, en yüksek uyum puanı ise 158 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin orijinalinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı örneklem, birbiriyle evli olmayan 118 evli erkek ve 118 evli kadından oluşmuştur. Geçerlik çalışması için, boşanmış, ayrı yaşayan ya da evlilik terapisi gören 22 erkek ve 26 kadın ile yakınları tarafından uyumlu olarak tanımlanan 48 kişinin uyum puanları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin uyumlu ve uyumsuz grubu anlamlı olarak birbirinden ayırt ettiği anlaşılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı ise .90 olarak bulunmuştur. Ancak, test-tekrar test güvenilirliğine bakılamamıştır. Eşlerin ölçekten aldıkları puanlar ile evlilikteki anlaşmazlıklarla ilgilenen klinisyenlerin kararlarının birbiriyle ilişkili olduğu

da belirlenmiştir (Locke ve Wallece, 1959; Tutarel-Kışlak, 1999).

EUÖ'nün değerlendirilmesinde, Hunt'ın puanlama sistemi dikkate alınmış, daha sonra Freeston ve Plechaty'nin önerileri doğrultusunda 10. ve 12. maddelerin puanları değiştirilerek, ölçek tekrar değerlendirilmiştir. Hunt'ın basitleştirilmiş puanlama sistemi aşağıda gösterilmiştir (Tutarel-Kışlak, 1999).

1.madde =0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 puan

2 ile 9 arası maddeler =5, 4, 3, 2, 1, 0 puan

10. madde = 0, 1,2 puan

11. madde = 3, 2, 1, 0 puan

12. madde = anlaşmazlık: 0 puan

dışarıda bir şeyler yapmak : 1 puan evde oturmak: 2 puan

13. madde = 0, 1, 2, 3 puan

14. madde = 2, 1,0 puan

15. madde = 0, 1, 2, 2 puan

Freeston ve Plechaty, çatışma çözümü ile ilgili olan 10. maddede, uyumsuzlukların erkeğin susması ile sonuçlanması durumunda daha düşük puan alınmasını uygun bulmamaktadırlar. Bu nedenle, puanlamada, erkeğin ve kadının susması durumunun 0 ile karşılıklı anlaşma durumunun ise 1 ile (0,1-,2 yerine) değiştirilmesini önermişlerdir (Tutarel-Kışlak, 999).

EUÖ (Ek 6), Kışlak (1995) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Uyarlama çalışması için EUÖ Kışlak (1995) tarafından 'Türkçe' ye çevrilmiştir. Daha sonra çeviriler 5 uzman psikolog ve bir de yabancı dil uzmanı tarafından kontrol edilip düzeltilmiştir. Kışlak (1995) güvenilirlik ve geçerlik göstergelerinin elde edilmesi için

yaptığı çalışmada farklı eğitim ve gelir düzeylerinden olan 31 evli kadın olmak üzere toplam 62 gönüllü denekle gerçekleştirmiştir. Çalışmada EUÖ" nün iki yarım güvenirliği. 67 ve iç tutarlık katsayısı. 80 bulunmuştur. EUÖ' nün ölçüt geçerliğinin saptanmasında Aile Yapısını Değerlendirme Aracından (AYDA) yararlanılmıştır. EUÖ'den elde edilen toplam puanlar ile AYDA' dan elde edilen toplam puanlar arası korelasyon hesaplanmış ve bu değer. 66 olarak bulunmuştur. EUÖ' nün geçerliğine bir kanıt olarak, kadınların ve erkeklerin EUÖ ve AYDA'daki toplam puanları arası korelasyona bakılmıştır. Geçerlik katsayısı kadınlar için. 76, erkekler için. 54 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda, ölçekten alınan puanlara bakılarak, uyumlu ve uyumsuz evli kişilerin ayırt edilmesini sağlayan puan değeri 43 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda, evli kişiler 43 ve üzeri puan almışlarsa evliliklerinde uyumlu; 43 altında puan almışlarsa evliliklerinde uyumsuz olarak belirlenmişlerdir. (Tutarel-Kışlak, 1999)

Beck Depresyon Envanteri (BDE):

Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan ölçek toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik-güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. (Beck, 1961)

Türkçe formu Nesrin Hisli tarafından uyarlanmıştır. Türkçe Formunun Güvenirliği Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliğinde, $r = 0.74$ olarak belirlenmiştir. Türkçe formunun geçerliliği: Birlikte geçerlilik yönteminde, BDE ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve

aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmıştır ve altı faktör elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir.

Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duygular, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duyguları yer almaktadır. (Hisli, 1989)

Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (STAI):

Envanter Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanmasını Öner ve Le Compte yapmıştır (1985). Envanterin 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

1- Durumluk kaygı ölçeği: Bireyin belirli bir anda belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2- Sürekli kaygı ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler.

Ölçeklerde ‘doğrudan(düz) ve ‘tersine çevrilmiş’ ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ‘ters’ ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddeler), Sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeler) tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya

değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli kaygı ölçeği için 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

2.3. İşlem

Araştırmaya katılmayı kabul eden erkek infertil tanısı almış çift ve kontrol grubundaki çiftlerle değerlendirme görüşmesi İstanbul Tüp bebek ve Kadın Sağlığı Merkezinde, Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi ve Kadın Hastalıkları Polikliniğinde yapıldı. Araştırma ve Karşılaştırma grubuna sorunlarını rahatça ifade edebilecekleri uygun bir ortam sağlanmış, görüşmeler ayrı bir odada yapılmıştır. Araştırma ve karşılaştırma grubundaki çiftlerle birlikte doldurulan Genel Bilgi Formu uygulandıktan sonra, Beck Depresyon Envanteri, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Ereksiyon İşlevi Uluslar arası Değerlendirme Formu, Evlilik Uyum Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Araştırma ve karşılaştırma grubu tarafından doldurulmuştur.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan hipotez testleri bağımsız örnek t – testi, eşleşmiş t-testi'dir.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı. Normal dağılım

göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare test kullanıldı. Korelasyon analizlerinde Pearson testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3. BÖLÜM

3. BULGULAR YORUMLAR

Bu araştırma infertilite nedeni erkek faktör olan 56 infertil çift ve üreme problemi olmayan 52 çift üzerinde yapılmıştır. Ölçeklerini tam olarak doldurmayan karşılaştırma grubundan 4 çift çalışmaya alınmamıştır. Araştırma grubunda 56 çift , karşılaştırma grubunda 48 çift istatistiksel analize dahil edilmiştir. Araştırmaya Katılan araştırma grubundaki erkekler Tüp bebek tedavisi sırasında 17'si (%30,4) TESE; 16'sı (%28,6) VARIKOSEL; 2'si (%3,6) TESA ameliyatlarını geçirmiştir.

Çalışmaya alınan infertil grup ortalama ($1,8 \pm 1,1$) Tüpbebek tedavisini denemişlerdir (minimum 1 maksimum 6 kez). İnfertil grubun çocuk sahibi olmaya çalışma süreleri ($5,7 \pm 3,9$) yıldır.

Çalışmaya alınan araştırma grubunun tamamı infertilite tedavisinde stimülasyon aşamasını bitirmiştir. 47'si (%42) yumurta toplama aşaması, 19'u (%17) embriyo transferi aşamasındadır.

Tüm grupta erkek katılımcıların yaş ortalamaları (35.3 ± 5.1), kadın katılımcıların yaş ortalamaları (31.8 ± 5.5) olarak saptanmıştır. Çalışmamıza alınan

tüm gruplarda erkek olguların eğitim yılları (10.8 ± 3.4), Kadın olguların eğitim yılları (9.3 ± 3.9) olarak saptanmıştır.

Tablo 3.1. Araştırmaya Katılan Erkeklerde Cinsel ve Sosyo-demografik Özellikler

	<i>Araştırma grubu (n=56)</i>		<i>Karşılaştırma grubu (n=48)</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>ort</i>	<i>ss</i>	<i>ort</i>	<i>ss</i>			
<i>Yaş</i>	33.9	5.1	35.6	3.7	1.91	101	0.059
<i>Eğitim düzeyi</i>	9.3	3.3	12.3	2.5	4.98	102	.001***
<i>Evlilik süresi</i>	8.1	4.8	11.3	5.1	3.18	102	.002**
<i>Mastürbasyon yaşı</i>	14.9	2.4	14.7	1.1	0.65	92	0.523

***p<.05**

****p<.01**

*****p<.001**

Araştırma Grubunda ve Karşılaştırma Grubunda Erkek olguların yaş ortalamaları ve masturbasyona başlama yaşları arasında anlamlı bir fark yoktu. Ancak Karşılaştırma grubundakiler daha uzun süredir evliyidiler ve daha eğitimliyidiler (Tablo 3.1)

Tablo 3.2. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Cinsel ve Sosyo-demograf Özellikler

	<i>Araştırma grubu (n=56)</i>		<i>Karşılaştırma grubu (n=48)</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>ort</i>	<i>ss</i>	<i>ort</i>	<i>ss</i>			
<i>Yaş</i>	30.4	5.1	32.0	4.2	1.74	101	.085
<i>Eğitim düzeyi</i>	7.1	3.4	11.6	2.6	7.41	101	.001***
<i>İlk adet yaşı</i>	13.2	1.3	13.6	0.7	1.97	100	.052
<i>Düşük sayısı</i>	1.8	0.4	1.8	0.4	0.15	102	.874
<i>Mastürbasyon yaşı</i>	14.5	1.6	14.7	1.2	0.52	92	.602

***p<.05**

****p<.01**

*****p<.001**

İnfertil erkeklerin eşleri ve Karşılaştırma grubu eşlerinin yaş ortalamaları, düşük sayıları, ilk adet yaşı ve mastürbasyon yaşları arasında anlamlı bir fark yoktu. Karşılaştırma grubunda kadınlar daha eğitimliydi (Tablo 3.2)

Tablo 3.3. Araştırmaya Katılan Tüm Olguların Evlilik Uyumu, Depresyon ve Kaygı Düzeyleri

	<i>Araştırma grubu (n=112)</i>		<i>Karşılaştırma grubu (n=96)</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>ort</i>	<i>ss</i>	<i>ort</i>	<i>ss</i>			
<i>Evlilik Uyumu</i>	45.7	7.8	50.1	5.2	4.72	206	.001***
<i>Depresyon</i>	8.4	6.6	0.9	2.2	10.50	204	.001***
<i>Durumluk Kaygı</i>	56.9	4.5	56.9	4.5	0.10	205	.918
<i>Sürekli Kaygı</i>	47.5	6.9	46.0	7.1	1.55	205	.123

***p<.05**

****p<.01**

*****p<.001**

Karşılaştırma grubundaki çiftlerin Evlilik Uyumu düzeyleri, Araştırma grubundaki çiftlerin Evlilik Uyumu düzeyine göre anlamlı ölçüde daha yüksekti. Araştırma grubunun BDE puanları depresyona işaret etmese de Karşılaştırma grubundan anlamlı ölçüde daha yüksekti. Araştırmaya alınan çiftlerde durumluluk ve sürekli kaygı puanları benzerdi (Tablo 3.3).

Tablo 3.4. Araştırmaya Katılan Erkeklerde Cinsel İşlev Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

	<i>Araştırma grubu</i> (n=56)		<i>Karşılaştırma grubu</i> (n=48)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>ort</i>	<i>ss</i>	<i>ort</i>	<i>ss</i>			
<i>Erektıl Fonksiyon (IIEF-5'e göre)</i>	12.9	2.5	13.2	0.8	0.77	102	.462
<i>Orgazmik Fonksiyon</i>	8.4	2.5	9.7	0.7	3.03	101	.002**
<i>Cinsel İstek</i>	7.4	1.8	8.6	1.4	3.55	101	.001***
<i>İlişki Tatmini</i>	7.6	1.9	8.4	0.7	2.59	102	.011*
<i>Genel Tatmin</i>	8.3	2.0	9.2	1.3	2.95	99	.004*
<i>IIEF Toplam</i>	45.7	7.5	50.4	3.2	3.97	99	.001***

***p<.05**

****p<.01**

*****p<.001**

Araştırmaya katılan erkeklerin Cinsel İşlev alt boyutlarından Erektıl Fonksiyon puanları Karşılaştırma ile infertil grup arasında anlamlı bir fark yoktu ve her iki grupta da erektil fonksiyon puanları orta düzeyde erektil işlev bozukluğuna işaret ediyordu. Araştırma grubunun 4'ünde (%5,7) hafif düzeyde; Araştırma grubunun 45'inde (%84,9), Karşılaştırma grubunun tamamında (%100,0) hafif-orta düzeyde; Araştırma grubunda 3 (%5,7) kişide orta ve 2 (% 3,8) kişide ağır düzeyde Erektıl Disfonksiyon vardı ve aralarındaki fark anlamlı değildi ($\chi^2=7340$, $df=3$, $p=0.060$). İlginç olan bir diğer sonuçta her iki grupta da erektil disfonksiyonu olmayan hiç denek olmamasıydı. Araştırmaya katılan erkeklerin Cinsel İşlev alt boyutlarından Orgazmik Fonksiyon, Cinsel İstek, İlişki Tatmini ve Genel Tatmin

düzeyleri İnfertil olan erkeklerde İnfertil olmayan erkeklere göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (Tablo 3.4).

Tablo 3.5. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

	<i>Araştırma grubu (n=56)</i>		<i>Karşılaştırma grubu (n=48)</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>ort</i>	<i>ss</i>	<i>ort</i>	<i>ss</i>			
<i>İstek</i>	3.4	1.2	2.7	1.2	2.87	102	.005*
<i>Uyarılma</i>	2.7	1.4	2.4	1.2	1.32	102	.199
<i>Lubrikasyon</i>	3.6	1.4	4.0	0.2	2.10	102	.039*
<i>Orgazm</i>	3.1	1.20	3.3	0.5	1.11	102	.295
<i>Doyum</i>	2.2	1.1	2.3	1.0	0.36	102	.721
<i>Ağrı</i>	4.1	1.9	5.4	0.8	4.48	101	.001***
<i>FSFI Toplam</i>	19.1	5.5	20.0	3.4	1.06	101	.293

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Eşleri İnfertil olan kadınların istek puanları, eşleri İnfertil olmayan kadınların istek puanlarından, yine lubrikasyon ve ağrı alt ölçek puanları da eşleri infertil olmayan kadınlarda eşleri İnfertil olan kadınların puanlarından anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Burada ilginç olan sonuç ise Karşılaştırma grubunun eşlerinde ağrı ve lubrikasyon alt ölçek puanları ve Araştırma grubunun eşlerinde ise lubrikasyon alt ölçek puanları dışında tüm alt ölçek puanları kesme puanlarından düşüktü. Yani başka bir deyişle hem karşılaştırma, hem de araştırma grubu

kadınlarında istek, uyarılma, doyum işlevlerinde ve Araştırma grubunda ise ek olarak lubrikasyon ve ağrı işlevlerinde de cinsel işlev bozukluğu mevcuttu (Tablo 3.5).

Tablo 3.6. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Kesme Puanlarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Dağılımı

	<i>Araştırma grubu</i>		<i>Karşılaştırma grubu</i>		<i>x²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>			
<i>İstek</i>	23	40.4	34	59.6	10.11	1	.005*
<i>Uyarılma</i>	41	51.3	39	48.8	0.94	1	.199
<i>Lubrikasyon</i>	15	26.8	0	0	<i>fisher's exact test</i>		.001***
<i>Orgazm</i>	33	49.3	34	50.7	1.60	1	.206
<i>Doyum</i>	48	53.9	41	46.1	0.00	1	.996
<i>Ağrı</i>	30	78.9	8	21.1	15.80	1	.001***
<i>CİB</i>	52	%94.5	48	100	0.03	1	.863

***p<.05**

****p<.01**

*****p<.001**

Karşılaştırma grubunda kadınlarda daha fazla istek ekseninde bozukluk vardı. Araştırma grubu anlamlı ölçüde daha fazla lubrikasyon ve ağrı ekseninde problem yaşıyorlardı. Kadınlarda toplamda Araştırma grubunun %94,5' inde, Karşılaştırma grubunun tamamında Cinsel İşlev Bozukluğu vardı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 3.6).

Tablo 3.7. Araştırmaya Katılan Erkeklerde Evlilik Uyumu, Depresyon ve Kaygının Dağılımı

	<i>Araştırma grubu (n=56)</i>		<i>Karşılaştırma grubu (n=48)</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>ort</i>	<i>ss</i>	<i>ort</i>	<i>ss</i>			
<i>Evlilik Uyumu</i>	45.1	7.8	50.4	5.8	3.62	102	.003*
<i>Depresyon</i>	7.3	5.7	0.5	1.3	7.92	100	.001***
<i>Durumluk Kaygı</i>	56.7	4.7	56.5	4.5	0.19	101	.848
<i>Sürekli Kaygı</i>	44.2	5.5	46.1	7.1	0.88	101	.930

***p<.05**

****p<.01**

*****p<.001**

Yine kadınlara benzer şekilde İnfertil erkekler de evlilik uyumlarını Karşılaştırma grubuna göre daha düşük buluyorlardı, daha depresif hissediyorlardı (Tablo 3.7)

Tablo 3.8. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Evlilik Uyumu, Depresyon ve Kaygının Dağılımı

	<i>Araştırma grubu (n=56)</i>		<i>Karşılaştırma grubu (n=48)</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>ort</i>	<i>ss</i>	<i>ort</i>	<i>ss</i>			
<i>Evlilik Uyumu</i>	45.9	7.9	49.8	4.7	3.02	102	.003*
<i>Depresyon</i>	9.7	7.3	1.4	2.8	7.38	102	.001***
<i>Durumluk Kaygı</i>	57.2	4.3	57.2	4.5	0.06	102	.954
<i>Sürekli Kaygı</i>	48.7	7.9	45.8	7.3	1.95	102	.054

***p<.05**

****p<.01**

*****p<.001**

Eşleri infertil olan kadınların evlilik uyumları eşleri infertil olmayan kadınlara göre (her iki grupta kesme puanının üzerinde olmasına rağmen) anlamlı ölçüde daha düşüktü. BDE'ye göre kesme puanının altında kalmasına rağmen daha depresif hissediyorlardı ve sürekli kaygı puanlarında istatistiksel olarak anlamlıya yakın bir yükseklik vardı (Tablo 3.8).

Tablo 3.9. Araştırmaya Katılan Erkeklerde Evlilik Uyum Ölçeğinin Gruplara Göre Dağılımı

	<i>Araştırma grubu (n=56)</i>		<i>Karşılaştırma grubu (n=48)</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>ort</i>	<i>ss</i>	<i>ort</i>	<i>ss</i>			
<i>Mutluluk düzeyi</i>	3.8	1.5	4.5	1.1	2.55	84	.012*
<i>Aile bütçesini idare etme</i>	4.0	1.3	3.5	1.1	2.00	99	.049*
<i>Boş zaman etkinlikleri</i>	3.4	1.1	3.9	1.0	2.61	97	.010*
<i>Duyguların ifadesi</i>	3.5	1.0	4.0	0.9	2.41	96	.018*
<i>Arkadaşlar</i>	3.7	1.2	4.2	0.7	0.29	97	.020*
<i>Cinsel ilişkiler</i>	3.8	1.1	4.3	0.7	2.73	99	.006*
<i>Toplumsal kurallara uyma</i>	3.9	1.1	4.6	0.7	3.42	98	.001***
<i>Yaşam felsefesi</i>	3.9	1.1	4.6	0.6	4.20	99	.001***
<i>Eş akrabalarıyla ilişki biçimi</i>	3.7	1.2	4.2	0.7	2.27	95	.016*
<i>Ortaya çıkan uyumsuzluklar</i>	0.9	0.3	1.0	0.2	1.59	99	.106
<i>Ev dışı etkinlikleri eşle birlikte yapma</i>	1.9	0.8	2.1	0.7	1.53	99	.126
<i>Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?</i>	2.4	0.8	2.9	0.5	3.80	99	.001***
<i>Aynı kişi ile mi evlenirdiniz?</i>	2.0	0.2	2.0	0.0	1.30	99	.159
<i>Eşinize güvenir sırlarınızı açar mısınız?</i>	1.9	0.3	2.0	0.2	0.92	99	.341

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Karşılaştırma grubunda erkekler kendilerini daha mutlu hissediyorlardı. İnfertil erkekler aile bütçesini idare etme konusunda eşleri ile daha yüksek oranda anlaşıyorlardı. Boş zaman etkinlikleri, duyguların ifadesi, arkadaşlar, cinsel ilişkiler, toplumsal kurallara uyma, yaşam felsefesi ve eşin akrabalarıyla ilişkiler konusunda karşılaştırma grubundaki erkekler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde eşleriyle daha fazla anlaştıklarını bildirdiler. Her iki grup erkek de ortaya çıkan uyumsuzlukların karşılıklı anlaşma ile çözüldüğünü belirtmişlerdi. Her iki grup erkek de ev dışı etkinliklerin bir kısmını eşleriyle birlikte yapıyorlardı. İnfertil olan erkekler hiç evlenmemiş olmayı karşılaştırma grubu erkeklerden daha sıklıkla düşünüyorlardı. Ancak yeniden evlenseler her iki grup erkek de aynı kişiyle evleneceklerini belirtiyorlardı ve eşlerine yüksek oranda güvenip, sırlarını açıyorlardı (Tablo 3.9).

Tablo 3.10. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Evlilik Uyum Ölçeğinin Gruplara Göre Dağılımı

	Araştırma grubu (n=56)		Karşılaştırma grubu (n=48)		t	df	p
	ort	ss	ort	ss			
<i>Mutluluk düzeyi</i>	3.8	1.5	4.1	1.2	1.07	91	.283
<i>Aile bütçesini idare etme</i>	4.0	1.2	3.4	0.8	2.86	102	.004*
<i>Boş zaman etkinlikleri</i>	3.5	1.2	3.8	1.0	1.25	100	.207
<i>Duyguların ifadesi</i>	3.6	1.1	3.9	0.9	1.33	101	.183
<i>Arkadaşlar</i>	4.0	1.1	4.3	0.7	1.58	101	.106
<i>Cinsel ilişkiler</i>	4.0	1.1	4.2	0.8	0.90	102	.369
<i>Toplumsal kurallara uyma</i>	4.0	1.0	4.7	1.5	4.32	102	.001***
<i>Yaşam felsefesi</i>	3.8	1.0	4.7	0.5	5.60	100	.001***
<i>Eş akrabalarıyla ilişki biçimi</i>	3.8	1.4	4.3	0.7	2.30	101	.019*
<i>Ortaya çıkan uyumsuzluklar</i>	0.7	0.5	0.9	0.3	2.55	98	.011*
<i>Ev dışı etkinlikleri eşle birlikte yapma</i>	1.9	0.8	2.1	0.6	0.93	102	.345
<i>Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?</i>	2.3	0.9	2.8	0.6	3.11	102	.002**
<i>Aynı kişi ile mi evlenirdiniz?</i>	1.9	0.2	2.0	0.0	2.15	102	.024*
<i>Eşinize güvenir sırlarınızı açar mısınız?</i>	1.8	0.5	1.9	0.3	0.72	102	.075

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Her iki grupta kadınların mutluluk düzeyleri benzerdi. Eşleri infertil olan kadınlar aile bütçesini idare etme konusunda eşleri ile daha yüksek oranda anlaşıyorlardı. Her iki gruptaki kadınlar boş zaman etkinlikleri, duyguların ifadesi, arkadaşlar, cinsel ilişkiler konusunda eşleriyle benzer düzeyde anlaşıyorlardı. Toplumsal kurallara uyma, yaşam felsefesi, eş akrabalarıyla ilişki biçimi konusunda da karşılaştırma grubundaki kadınlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla eşleriyle anlaştıklarını bildirmişlerdir. Ortaya çıkan uyumsuzları infertil çift daha fazla birinin susması ile karşılaştırma grubu ise daha fazla karşılıklı anlaşarak çözüyorlardı. Her iki grup kadın da ev dışı etkinliklerin bir kısmını eşleriyle birlikte yapıyorlardı. Eşleri infertil olan kadınlar daha sık olarak evlenmemiş olmayı düşünüyorlardı ve eşleri infertil olan kadınlar daha düşük puanlasalar da her iki grup kadın yine aynı kişiyle evleneceklerini bildirmişlerdi. Her iki gruptaki kadınlar eşlerine yüksek oranda güvenip sırlarını paylaşıyorlardı (Tablo 3.10).

4. BÖLÜM

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada infertilite kliniklerine başvuran çiftlerden erkeklerden kaynaklanan infertilite tanısı alan çiftlerle, sağlıklı çocuğu olan çiftlerin infertilitenin evlilik ilişkisi ve cinsel işlev üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Literatürde infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda çiftlerin birbirleriyle yakınlaştıkları ancak ilişkilerinin bozulabildiği ve cinsel memnuniyetsizlik yaşayabildikleri belirtilmiştir (Müller ve ark., 1999). İnfertilite tanısı konulana kadar cinsel işlev bozukluğu olmayan erkeklerde, infertilite tanısından sonra değişik cinsel işlev bozuklukları geliştiği ve infertilite tedavisi sürecinde semen analizi veren erkekler üzerinde yapılan çalışmada, 405 erkeğin %11'inin sonrasında eşleri ile cinsel ilişki ve mastürbasyon sırasında ereksiyon problemi ve orgazm güçlüğü yaşadıkları tespit edilmiştir (Saleh ve ark., 2003). Ayrıca infertilite tedavi uygulamaları sırasında gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkabileceği belirtilmiştir örneğin çalışmaya alınan 200 infertil çiftin %50'si kadarı erkek infertilite tanısı aldıktan sonra cinsel istek ve memnuniyette azalma olduğunu bildirmişlerdir (Ramezanzadeh ve ark., 2006). Takvime bağlı cinsel ilişki, cinselliğin spontanlığını ortadan

kaldırarak cinsel işlev bozukluğuna neden olur (Monga ve ark., 2004). Yine aynı çalışmada karşılaştırma grubu ve infertil çift karşılaştırılmış, cinsel İstek ve ilişki tatmin düzeyleri karşılaştırma grubundan düşük bulunmuştur. Bu çalışmada ise benzer şekilde orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatmin düzeyleri karşılaştırma grubu erkeklere göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Jain ve arkadaşlarının (2000) 175 infertil çift ile yaptıkları çalışmada, erkeklerde %66 erken boşalma, %15 erektil disfonksiyon, %11 libidoda azalma, %8 orgazm güçlüğü bulunmuştur. Türkiyede infertil erkeklerle yapılan kısıtlı sayıda çalışmalar mevcuttur. Erkek seksüel disfonksiyon epidemiyolojisi Türkiyede 17 şehirde, 40 yaş üstü 1982 erkek üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada ED prevalansı %64,7 olarak bulunmuştur. Erkeklerin %35,7 sinde hafif, %23'ünde orta düzeyde, %6'sında ise ileri düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada ED prevalansını arttıran faktörlerin ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, diyabet, hipertansiyon, psikolojik stres, prostat hastalıkları olduğu belirlenmiştir (Akin, 2003). Bu çalışmada ise erektil fonksiyon puanları, karşılaştırma ile araştırma grubu arasında karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark bulunamamıştır ve her iki grupta da erektil fonksiyon puanları orta düzeyde erektil işlev bozukluğuna işaret etmektedir. İnfertilite tanısı almış olsun ya da olmasın bulgularımız, Türkiyede yapılan çalışmada ED prevalansını arttıran faktörlerle ilişkili olabilir. ED erkeklerde sık karşılaşılan bir problemdir ve yaş ile artış göstermektedir (Karataş ve ark., 2008). Yaş, eğitim durumu, medeni durum ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik faktörler, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, depresyon gibi hastalıklar, kullanılan medikal tedaviler, erektil fonksiyonu etkileyebilecek cerrahiler ve alkol, sigara ve madde kullanımı gibi yaşam stili ile ilgili faktörler ED oluşumu ile ilgili bulunmuştur (Karataş ve ark., 2008). Literatürde

bugüne kadar yapılmış olan çalışmalar genellikle ED'nin daha çok görüldüğü 40 yaş üzeri hasta grubunu kapsamaktadır (Karataş ve ark., 2008).

Bu çalışmada amaç 20-45 yaş arasındaki genç ve orta yaşlı infertil erkeklerde ED prevalansını saptamaktır. Braun ve arkadaşlarının Almanya'da yapmış oldukları çalışmada 30-39 yaş grubunda ED prevalansı %2.3, 40-49 yaş arasında %9 olarak saptanmıştır. Ponholzer ve arkadaşları Avusturya'da yapmış oldukları çalışmada 20-30 yaş grubunda tam ED oranı %0.4 olarak saptanmıştır (Karataş ve ark., 2008). Literatürdeki çalışmaların bazılarında farklı soru formları kullanılmıştır. Bu da farklı sonuçlar elde edilmesinde önemli bir faktör olabilir. Türkiyede Karataş ve arkadaşlarının (2008) 20-40 yaş arası 558 genç erkek popülasyonda ED prevalansına IIEF formu kullanılarak yaptıkları araştırmada, ED genel prevalansı %35.5 olarak bulunmuştur. ED prevalansı, ciddi 1.6% (n=9), orta 3.6% (n=20), orta-hafif 10.2% (n=57), hafif 20.1% (n=112)'dir. Cinselliğin tabu olarak görüldüğü ve konuşulmadığı Türk toplumunda başka nedenlerle kliniklere başvuran erkekler erektil disfonksiyon (ED) açısından sorgulanmalıdır. Yine Tunç ve arkadaşlarının (2004) yaptığı erkek infertilitesi tanısı konulan 538 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada, 538 hastanın 116'sında (%21,5) seksüel fonksiyon bozukluğunun eşlik ettiği izlenmiştir. %22'sinde erektil disfonksiyon, %57'sinde prematür ejakülasyon, %3'ünde anejakülasyon, %4'ünde retrograd ejakülasyon, %3'ünde gecikmiş ejakülasyon, %8'inde libido kaybının infertiliteye eşlik ettiği görülmüştür.

Kadınların %32,5'nin eşlerine karşı hislerinin kardeş gibi olmasından dolayı cinsel istek duymayan kadınlarda cinsel istekte ve orgazm sıklığında azalma tespit edilmiştir (Tashbulatova, 2007). Türkiyede Arslan ve ark.'nın (2008) 38 infertilite sorunu yaşayan çiftlerle yaptığı bir diğer çalışmada, kadınların cinsel aktivite ve yaşam kaliteleri (infertil kadınların ortalama IFSF puanı 29.47 ± 8.89 iken,

erkeklerin ortalama IIEF puanı 61.32 ± 14.80) erkeklere oranla daha düşük bulunmuştur. İnfertilitede çiftlerin, cinsel ilişkide deneme sürecinde olmalarının, cinsel ilişkinin doğallığını olumsuz olarak etkilediği ve bu durumun kadınlarda cinsel istek düzeyini düşürdüğünü belirten araştırmalardan (Monga ve ark., 2004; Oğuz, 2004) farklı olarak bu çalışmada eşleri infertil olan kadınların araştırma sonuçları incelendiğinde, istek puanları, eşleri infertil olmayan kadınların istek puanlarından anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu durum, Monga ve arkadaşlarının (2004) araştırmasına göre gebe kalma isteğinin yapay bir yansıması olarak değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra lubrikasyon ve ağrı alt ölçek puanları da eşleri infertil olmayan kadınlarda eşleri infertil olan kadınların puanlarından anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Karşılaştırma grubunun eşlerinde ağrı ve lubrikasyon alt ölçek puanları ve araştırma grubunun eşlerinde ise lubrikasyon alt ölçek puanları dışında tüm alt ölçek puanları kesme puanlarından düşüktür yani başka bir deyişle hem karşılaştırma hem de araştırma grubu kadınlarında istek, uyarılma, doyum işlevlerinde ve araştırma grubunda ise ek olarak lubrikasyon ve ağrı işlevlerinde de cinsel işlev bozukluğu mevcuttur. Sonuç olarak, cinsel işlev bozukluğu sayısında her iki grupta farklar olmasına rağmen kadınlarda benzer düzeydedir. Cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili oranlar ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Laumann ve arkadaşları (1999) tarafından 18-59 yaşları arasında değişen 1749 kadınla yapılan çalışmada, erkeklerde cinsel sorun % 31 oranında görülürken kadınlarda bu oran % 43'lerdedir. Çalışmaya dâhil edilen kadınlarda azalmış cinsel istek prevalansı %22, orgazm sorunları prevalansı %14, cinsel ilişki sırasında ağrı prevalansı ise %7 bulunmuştur. İngiltere'de % 33, İzlanda'da % 22 oranları bulunmuştur (Tashbulatova, 2007). Türkiyede yapılan kadın cinsel disfonksiyonu ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte giderek

artmaktadır. Çayan ve arkadaşlarının (2001) 179 kadın ile yaptıkları çalışmada ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, kronik hastalık öyküsü, çok sayıda doğum varlığı ve menopozun cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Elde edilen sonuçlara göre; istek, uyarılma, lubrikasyon ve memnuniyet ileri yaşlarda azalırken, ağrı yaş ile birlikte artmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %60,3'ünde istek problemleri, %43'ünde uyarılma problemleri, %38'inde lubrikasyon problemleri, %45,8'inde orgazm problemi, %38'inde memnuniyetsizlik, %36,8'inde disparoni olduğu saptanmıştır. Demirezen ve arkadaşları (2006) birinci basamak sağlık merkezine gelen 40 yaş altı genç kadında cinsel disfonksiyon prevalansını %67,5 olarak belirlemiş ve yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki bulmuşlardır. Ege ve arkadaşlarının (2010) 15-49 yaş arası sağlıklı 188 evli kadınla yaptıkları çalışmada kadınların %45,1'nin disparoniden şikayet edildiği görülmüştür. Diğer çalışmalarda bu araştırmanın bulguları gibi kadınlarda cinsel disfonksiyon prevalansının yüksek olduğunu destekler niteliktedir. Kadınlarda cinsel sorunların ortaya çıkmasında çok sayıda psikososyal ve kültürel rol oynamaktadır. Örneğin Türkiyede formal bir cinsel eğitimin olmaması, cinselliğin tabu olarak algılanması, bekâretin önemsenmesi ve cinsel deneyimin yetersiz olması gibi etkenler kadınlarda vajinismusun ve cinsel isteksizliğin yüksek oranda rastlanmasına yol açmaktadır (İncesu, 2004). Bu çalışma bulguları, kadında cinsel fonksiyon bozukluğunun yaygın bir sorun olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bu çalışmanın sadece Kadın Doğum Polikliniğine gelen çiftlerde uygulanmış olması da kısıtlılık açısından göz önünde bulundurulmalıdır.

Evlilik uyumu, eşlerin birbirleriyle ve evlilikleriyle, memnuniyet ve mutluluklarının olduğu bir durum olarak tanımlanmıştır. İnfertilite aile içinde hayal kırıklığına, suçluluk duygusunun yerleşmesine, eşlerin haksız yere birbirini

suçlamasına neden olmakta ve bunun sonucunda evlilik bağları psikolojik bir baskı altına girmektedir (Taşçı ve ark., 2008). İnfertilitenin evlilik uyumu üzerindeki etkilerinin incelendiği araştırmalarda, erkek ve kadınların infertilite ile başa çıkma biçimlerinin evlilik uyumu ve infertilitenin evlilik üzerindeki sonuçlarının etkilendiği belirtilmektedir (Eren, 2008). Bu çalışmada da literatürü destekleyici sonuçlar elde edilmiş, karşılaştırma grubundaki çiftlerin evlilik uyumu düzeyleri, araştırma grubundaki çiftlerin evlilik uyum düzeyine göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma cinsiyet ve Evlilik Uyum Ölçeği gruplarına indirildiğinde de benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Örneğin karşılaştırma grubu erkekleri kendilerini daha mutlu hissederken, araştırma grubundaki erkekler aile bütçesini idare etme konusunda eşleri ile daha yüksek oranda anlaşmaktadır. Sosyal ve çevresel faktörler de hesaba katıldığında, karşılaştırma grubu erkeklerinin eşleriyle daha iyi anlaştığı görülmektedir. Araştırma grubu kadınları ve karşılaştırma grubu kadınlarının mutluluk seviyesi benzerdir. Araştırma grubundaki kadınlar eşleriyle olan problemlerini bir tarafın susması şeklinde çözerken, karşılaştırma grubundaki kadınlar karşılıklı konuşma yöntemiyle çözüm sağlamaktadırlar. İnfertilite ile mücadele eden çift suçluluk yaşayabilir (Bayram, 2009). Eşler diğerinin anne-babalık rolünü yerine getirmesine engel olduğunu düşünüp kendisini suçlu hissedebilir (Bayram, 2009) Bireylerde eşi tarafından terk edilme endişesi ortaya çıkabilir. İnfertil olan eş diğer eşin karşısında ‘yetersiz ve eksik’ olmaktan ya da onun sevgisini kaybetmekten korkabilir. Kısırlık tanısı benlik saygısında azalma, utanma duyguları ya da ‘erkek olma, güçlü ve kudretli’ olma duygusunun abartılı yaşanması gibi duyguları ortaya çıkartabilir (Özçelik ve ark., 2007). Bu tür duygular içinde olan infertil çiftin, problemleri ile başa çıkma yöntemi karşılıklı konuşmak yerine, bir tarafın susması olmaktadır. İnfertilitenin Evlilik Uyumu üzerindeki bu olumsuz

etkilerinin azaltılması yönündeki araştırmalar göstermiştir ki, erkeklerin tedaviye ilgisi ve tedaviye katılımlarının artması, eşlerin iletişiminin artmasını ve evlilik üzerindeki olumlu etkilerin artmasını sağlamaktadır (Eren, 2008).

Çocuk sahibi olmak, hatta torun sahibi olmak hayatın önemli bir evresidir. Bu nedenle, infertilite yalnızca infertil çifti değil, tüm aileyi etkileyen bir aile krizi olarak yaşanmaktadır. Aile bağları ve geleneklerini, arkadaşlık ilişkilerini değiştirebilen bir süreçtir. Birçok kültürde çocuk sahibi olmak önemli bir olaydır. Bunun da etkisiyle, çocuk sahibi olmada yaşanan sorunlar, çiftlerde mutsuzluk ve strese yol açabilmektedir (Collodel ve ark., 2008).

İnfertilite bir hastalık olmasa da, sağlık kurumlarında tespit ve tedavi edilmesinden ve test ve tedavi süreci aylar hatta yıllar almasından dolayı, çiftler ve toplum tarafından bir hastalık gibi algılanılmasına neden olabilmektedir (Benyamini ve ark., 2009). Lee ve Sun (2000) tarafından yapılan bir araştırmada, infertil kadınların erkeklere göre, eşinin ailesi tarafından kabul görmeme endişesi yaşadığını göstermektedir. Erkekler de, infertilitenin psikolojik yan etkilerini yaşarlar. Ancak klinik araştırmalar erkeklerin deneyimlerinden daha az bahseder. Toplumda annelik kadın olmanın en üst ifadesi olarak kabul edilirken, babalık erkeğin yaşamının sadece bir yönüdür. Babalık, erkekler tarafından özellikle de çocuksuz erkekler tarafından erkekliğinin ifadesi olarak yorumlanır. Erkeklik vasfı geleneksel olarak baba rolünü, bir kadını gebe bırakma olarak yorumlamaktadır. Böylece infertilite, erkek cinselliği ve erkek vasıflarına bir tehdit olarak yorumlanır ve infertilite ve impotans kavramları birleştirilir. Yapılan araştırmalarda infertil erkeklerin bunu güçlerini kaybetmiş olarak yorumladıkları ve erkekliğin kaybı ile bağlantılı

kendilerini damgalanmış ve aynılaştırılmış hissettiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca medyanın da erkek egemen dilinin bu inanışlara katkıda bulunduğu saptanmıştır.

Araştırmalar infertilite sorunu yaşayan erkeklerin daha çok, iş ve diğer aktivitelerinde geçirdikleri zamanı arttırma eğiliminde olduklarını, daha optimistik ve sorun çözmeye odaklanarak baş ettiklerini, sosyal desteği daha az kullanma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Çocuksuz bir yaşam biçimine geçişi eşlerine göre daha kolayca tartışabilir gibi görünmektedirler. İnfertilite sorunu yaşamayan erkeklerle karşılaştırmalı çalışmalarda infertil erkeklerin kendine güvenlerinin daha düşük ve anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Cousineau ve Domar, 2007; Eren, 2008).

İnfertilitenin çiftler üzerindeki bir diğer etkisi de depresyondur (Oğuz, 2004). Yapılan çoğu araştırmalar kadınların erkeklere oranla infertiliteden psikolojik olarak daha fazla etkilendiği gösteriyor olsa da (Lee ve ark., 2000), Nachtigall ve arkadaşlarının 36 infertilite sorunu olan çiftle yaptıkları araştırmada, erkekten kaynaklanan infertilite tanısı almış grupta olumsuz duygusal tepkilerin diğer gruptaki erkeklerden daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Başka bir çalışmada erkekten kaynaklanan infertilite durumunda diğer nedenlerden kaynaklanan strese göre stres düzeyinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Hjelmstedt ve ark., 1999). Bir diğer çalışmada, infertil erkekler fertil grupla karşılaştırıldığında, özgüvenlerinin daha düşük, anksiyete düzeylerinin daha yüksek ve somatizasyon semptomlarının daha fazla olduğu görülmüştür (Kedem ve ark., 1990). İnfertilitenin sebebi olma, umutsuzluk duygularını ve seksüel yetersizlik fikirlerini beraberinde getirir. Depresyonun infertilitenin getirdiği strese bağlı olduğu görülmektedir (Oğuz, 2004). Literatürü destekleyen bu çalışmada elde edilen bulgulara göre araştırma grubundaki

çiftlerin BDE puanları depresyona işaret etmese de karşılaştırma grubundan anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur.

Durumluk kaygı düzeyi tüm gruplarda kadın ve erkeklerde benzer, sürekli kaygı düzeyi ise eşleri infertil tanısı almış kadınlarda istatistiksel olarak anlamlıya yakın bulunmuştur. Bunun yanında her iki kaygı düzeyinin gruplar arası karşılaştırmasında farklılık göstermediği anlaşılmıştır. Bir başka deyişle, infertilitenin bu çalışmada anksiyeteyi arttırmadığı sonucuna varılmıştır. Bunun nedeni, erkeklerin psikolojik belirtileri açığa vurma konusunda kültürel ve sosyal bakımdan daha isteksiz olmaları ve infertilite nedeni erkekteki etken olsa bile karmaşık ve girişimsel tedavi sürecine maruz kalan genellikle kadının olması olabilir. Toplumun yüklediği annelik şeklindeki sosyal rol kadının infertiliteyi bir tehdit olarak algılamasına ve daha kaygılı olmasına neden olabileceği gibi, kadınlar olumsuz tepki verirken erkekler inkar etmeyi ve unutmayı seçebilirler (Özçelik ve ark., 2007). Erkeğin duygularını kadınlara daha az gösterdiği, bu duyguları dışarıya daha az yansıttıkları düşünülürse, böyle bir sonuca ulaşmanın, yani kadınlarla kıyaslandığında düşük bir stres düzeyi içerisinde olmalarının beklenen bir durum olduğu dahi söylenebilir. Diğer taraftan, anne olma içgüdüleriyle baba olma içgüdüğü de aynı oranda ve etkide olmayabilir. Anne olma güdüsünün, baba olma güdüsüne göre çok daha yüksek bir seviyede olacağı söylenebilir. Bu durumda erkek ve kadının beklentileri ve bu beklentiye ulaşamama durumunda hissedecekleri stres de farklı derecelerde olabilecektir ya da bu nedenlerin aksine, katılımcıların başlamış oldukları kısırlık tedavisi nedeniyle geleceğe daha umutlu bakmaları veya yaşamla ve kendileri ile ilgili beklentilerinin artmış olabileceğidir.

Tüm bu sonuçlar, infertilite tedavisine başlayan çiftlerin psikolojik durumlarının değerlendirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın sınırlılıkları;

Daha önce açıklandığı gibi araştırmada, 56 erkek infertil tanısı almış çift ve 48 karşılaştırma grubu çift yer almıştır. Ölçekleri tam doldurmayan 4 çift çalışmaya dâhil edilmemiştir. Daha fazla kişiden oluşan bir örneklem grubu ortaya daha farklı bir sonuç çıkartabilir. Ayrıca bu araştırmada veriler sadece bir Tüp bebek ve Kadın Sağlığı merkezinden toplanmıştır bu da, verilerde çeşitliliği önleyici bir sebep olabilir. Tedavi sürecinde olan infertil çiftlerin, emosyonel durumları, evlilik ilişkileri ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendiren daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilir. Çalışmaya alınan çiftlerin infertilite tanısı öncesi cinsel işlevlerini, evlilik uyumlarının ve depresyon durumlarını bilmiyor olmamız kesitsel olarak infertilitenin cinsellik üzerine etkisinin ortaya koymamıza, ancak uzunlamasına değerlendirme yapamamamıza neden olmaktadır. Ayrıca Türk Androloji Derneği tarafından Türkçeye çevrilen IIEF-15 formunun geçerlilik güvenirlik çalışmasının yapılmamış olması, ölçeğin ve alt ölçeklerin kesme puanlarının saptanmamış olması erkek hastalarda olası bozukluk yaygınlığını tam olarak ortaya koyamamamıza neden olmuştur.

5. KAYNAKLAR

- Akar, H., & Şafak, C. (2004). Klinik Bir Örneklemede Beck Depresyon Envanterinin Boyutlarının Araştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19 (53), 117-127.
- Akın, S. (2003). Seksüel Disfonksiyon Epidemiyolojisi. *9.Ulusal Hemşirelik Kongresi*, Derleme.
- Algan, Ç. (2008). Yardımcı üreme tekniklerine başvuran primer infertil kadınlarda ruhsal bozuklukların sıklığı ve infertilitenin depresyon, anksiyete, öfke, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Uzmanlık Tezi*, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Arslan, H.,Ergin, A., Potur, D., Bilgin, N. (2008). Evaluation of the Relationship between Sexual Dysfunction and quality of life in infertile couples. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 18(6):364-7.
- Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2007). Psikiyatride kullanılan Klinik Ölçekler. *HYB Basım Yayın*, Ankara.
- Aygın, D., & Aslan, F.E. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25(3), 393-399.
- Bar-Hava, M., Azam, F., & Yavel, I. (2001). The interrelationship between coping strategies and sexual functioning in in vitro fertilization patients. *Sex Marital Therapy*, 27(5), 389-94.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14(1): 1-16.
- Boivin, J., Scanlan, L.C. & Walker, S.M. (1999). Why are infertile patients not using psychological counselling?. *Hum Reprod*, 14(5), 1384-1391.
- Boivin, J., Shoog-Svanberg, A., Andersson, L., Hjelmstedt, A., Bergh, T. & Collins, A. (1998). Distress level in men undergoing intracytoplasmic sperm injection versus in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 13, 1403–1406.
- Collodel, G., Moretti E., Fontani V., Rinaldi S., Aravagli L., Saragò G. ve ark. (2008). Effect of emotional stress on sperm quality. *The Indian Journal of Medical Research*, 128(3): 254-261.

- Conrad, R., Schilling G., Haidl G., Geiser F., Imbierowicz, K., & Liedtke, R. (2002). Relationships between personality traits, seminal parameters and hormones in male infertility. *Andrologia*, 34, 317–324.
- Cousineau, T.M., & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Covington, S.N. (2004). Patient support in the ART program. In Gardner, D.K. (Ed), *Textbook of Assisted Reproductive Techniques- Laboratory and Clinical Perspectives* (pp. 901–909). London: Taylor and Francis.
- Çayan S, Akbay E, Canpolat B, Acar D, Bozlu M, Ulusoy E. (2001). Kadınlarda Cinsel fonksiyon bozuklukları prevalansı ve risk faktörleri. 4. Ulusal *Androloji Kongresi*, Ankara.
- Çuhadaroğlu F. (1986). Ergenlerde Benlik Saygısı. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi* Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Demirezen, E. (2006). Birinci Basamakta Kadın Cinselliğinin Değerlendirilmesi *Androloji Bülteni*, 24, 76-78.
- Demyttenaere K, Bonte L, Gheldof M, Vervaeke M, Meuleman C, Vanderschuerem D et al. (1998). Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 69:1026-1033.
- Erbengi, T. (Ed). (1991). *Erkek İnfertilitesi*. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Bilim Dalı, İstanbul
- Erdem, G., Karakaş H.M., Uğraş M., Alkan A., Altınok T., & Doğanay S. (2007). Primer İnfertil Olguda İki Taraflı Seminal Vezikül Ve Tek Taraflı Böbrek Agenesisi. *Türk Üroloji Dergisi*, 33(2), 228-231.
- Eren, N. (2008). İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. *Uzmanlık Tezi*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Ege, E., Akın, B., Arslan, S., Bilgili, N. (2010). Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Tubav Bilim Dergisi*, 3(1), 137-144.
- Gardner, D.K., Weissman, A., Howles, C.M., Shoham, Z. (Ed.). (2010). Yardımla Üreme Teknikleri Temel Kitabı. İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Bayram, G.O. (2009). İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu üzerine Etkisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul.
- Hafez, B., & Hafez, E.S. (2004). Stress/aging: endocrine profiles/reproductive dysfunction in men., *Archives of Andrology*, 50 (4), 207-238.
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H.W.G. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374–383.

- Hjelmstedt, A., Collins, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg A., Bergh T. R.N., & Boivin J. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF-and ICSI-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78, 42–48.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment- short term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12), 3295–3302.
- Hsu, Y.L., & Kuo, B.J. (2002). Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive Technologies. *Journal of Nursing Research*, 10(4), 291–301.
- İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 3:3-13.
- Jain, K., Radhakrishnan, G., & Agrawal, P. (2000). Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian J Med Sci*, 54(1), 1-7.
- Karataş, C.T., Büyüksu, C., Üçer, O., Gümüş, B. (2008). Manisa kent merkezinde 20-40 yaş arası genç yetişkinlerde erektil disfonksiyon prevalansı ve eşlik eden faktörler. *Yeni Üroloji Dergisi*, 4(1): 23-27.
- Kedem, P., Mikulincer, M., Nathanson, Y.E, Bartoov. B. (1990). Psychological aspects of male infertility. *Br J Med Psychol*, 63(1), 73-80.
- Kentenich, H., Schmiady, H., Radke, E., Stief, G., & Blankau, A. (1992). The male IVF patient – psychosomatic considerations. *Human Reproduction*, 7(1), 13–18.
- Kuş, C. (2008). İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kutluk, Ş. (1994). Farklı nedenlerle çocuk sahibi olamayan kadın ve erkeklerin depresyon ve benlik saygısı bakımından karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Laumann, A. Paik and RC. Rosen. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281: 537-544.
- Lee T.Y., & Sun G.H., (2000). Psychosocial Response Of Chinese Infertile Husbands and Wives. *Archives of Andrology*, 45: 143–148.
- Lee T.Y., Sun G.-H., & Chao S.-C. (2001). The Effect of An Infertility Diagnosis on Treatment-Related Stresses, *Archives of Andrology*, 46, 67–71.
- Lee T.-Y., Sun G.-H., Chao S.-C., & Chen C.-C. (2000). Development of the Coping Scale for Infertile Couples. *Archives Of Andrology*, 45, 149–154.

- Lee, S.H. (2003). Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 197–207.
- 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.
- Locke, H.J., & Wallace, K.M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- McQueeney Debra, A., Annette L., Stanton, I., & Sandra Sigmon (1997). Efficacy of Emotion-Focused and Problem-Focused Group Therapies for Women with Fertility Problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 313-331.
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE ve ark. (2004) Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1): 126-30.
- Moreno-Rosset, C., Antequera Jurado, R., & Jenaro Río C, (2009). Validation of the Questionnaire of Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in Infertility (DERA). *Psicothema*, 21(1), 118-123.
- Müller M.J., Schilling G., & Haidl G., (1999). Sexual satisfaction in male infertility. *Archives of Andrology*, 42(3), 137-143.
- Nachtigall, R.D., Becker, G., Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril*, 57(1), 113-21.
- Oğuz D.H., (2004). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, İstanbul.
- Öner, N, & LeCompte, A. (1985). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No.333
- Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, O., Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 140-148.
- Peronace, L.A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 28(2), 105-114.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., & Rosen, K.H. (2003). Examining congruence between perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples, *Family Process*, 42(1), 59-70.
- Pook, M., Tuschen Caffier, B., & Krause, W. (2004). Is infertility a risk factor for impaired male fertility. *Human Reproduction*, 19(4), 954-959.

- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M ve ark. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril*, 85(1), 139-43.
- 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, 186-194.
- Rosen, R., Brown C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shansigh, R., ve ark. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument of the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26, 191-208.
- Rosen, R.C., Cappelleri, J.C., Smith, M.D., Lipsky, J., Pena, B.M. (1999). Development and Evaluation of an abridged, 5 item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for a Erectile Dysfunction. *International Journal of Impotence*, 11, 319-326.
- Rosen, RC., Riley, A., Wagner. G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, I., Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF). A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction., *J Urol*, 49: 822- 36.
- Said, T.M. (2008). Emotional stress & male infertility., *The Indian Journal of Medical Research*, 128(3), 228-230.
- Saleh, R.A., Ranga, G.M., Raina, R., Nelson, D.R., & Agarwal A. (2003). İnfertilite incelemesi yapılan erkeklerde seksüel disfonksiyon: Kohort gözlemsel bir çalışma. *Fertility Sterility*, 79(4), 909-912. (Çeviri: Prof Dr. Cihat Ünlü, Uz. Dr. Murat Sönmezer, s.210).
- Samancı, A.Y., Erkıran, M., Şahin, H., Uçarer, N., Erkmn, H. (2000). Depresyon ve depresyona ikincil anksiyete bozukluklarının klinik ve DST yanıtları açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3: 153-162.
- Savaşır, I., & Şahin N.H. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme, Sık Kullanılan Ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara.
- Sheiner, E., Sheiner, E. K., Potashnik, G., Carel, R., & Shoham-Vardi, I. (2003). The relationship between occupational psychological stress and female fertility. *Occupational Medicine*, 53, 265–269.
- Slade, P., Emery, J., Lieberman, B.A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*, 12(1), 183- 190.
- Solak, M., Eser, B., Yıldız, H., & Erdoğan, M.Ö., (2008) Non- Obstruktif Azoospermik Erkek Olguda 3/21 Translokasyonu ile 9 İnversiyonu Birlikteliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 30(1), 29-34.
- Sungur, M.Z. (1999). Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 2: 60-64.

- Tashbulatova D. (2007). İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara etki eden faktörler. *Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.*
- Terzioğlu, F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22, 133-141.
- Terzioğlu, F. (2007). Anxiety of infertile men who undergo genetic testing for assisted reproductive treatment., *Journal Of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 28(3), 147-153.
- Turunç, T., Deveci, S., Güvel, S., Peşkirioğlu, L. (2007). Uluslar arası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk versiyonunun (IIEF-5) Türkçe geçerlilik çalışmasının değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi*, 33(1), 45-49.
- Tunç, H., Biri, H., Tokgöz H., İrkilata, L., Polat, F., Bozkırlı, İ. (2004). İnfertil erkek hastalarda seksüel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi. *Türk Fertilité Dergisi*, 12, 28-32.
- Tutarel-Kışlak, Ş. (1999). Evlilik Uyum Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi*, 7(1), 50-57.
- Türkoğlu D., Tamam L., & Evlice Y.E. (1997). Kısırlığın psikiyatrik yönleri. *Düşünen Adam*, 10(4), 48-55.
- Yıldız H., Pınar R. (2004). Miyokard İnfarktüsünde cinsel fonksiyon bozukluğunun irdelenmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4(4), 309-17.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., Van Minen, A., Kremer, J.A.M., Kraaimaat, F.W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2), 181-190.
- Wright, J., Allard, M., Lecours, A., & Sabourin S. (1989). Psychosocial Distress and Infertility: A review of controlled research. *International Journal of Fertility*, 34(2), 126-142.
- Zorn, B., Auger, J., Velikonja, V., Kolbezen, M., & Meden-Vrtovec, H., (2008). Psychological factors in male partners of infertile couples, relationship with semen quality and early miscarriage. *International Journal of Andrology*, 31(6), 557-564.

6. EKLER

EK-1: GENEL BİLGİ FORMU (ERKEK)

- Kaç Yaşındasınız?
a)24 ve altı b)25-29 c)30-34 d)35-39 e)40-45
- Yaşadığınız şehir: _____
- Eğitim durumunuz: İlkokul mezunu Üniversite mezunu
 Ortaokul mezunu Yüksek lisans mezunu
 Lise mezunu
- Eğitim Yılı: _____
- Çalışıyor musunuz? Evet Hayır
- Çalışıyorsanız, mesleğiniz: _____
- Evinizde aylık gelirin ne kadardır?
 0-750 TL 751-1500 TL 1500 TL'den fazla
- Ne kadar zamandır evlisiniz? _____
- Kaç yıldır çocuk sahibi olmaya çalışıyorsunuz? _____
- Daha önce çocuk sahibi olmak için başka tedavi gördünüz mü?
 Evet Hayır
- Tüp bebek tedavisi sırasında geçirdiğiniz ameliyatlara işaretleyiniz:
 TESE
 MESA
 VARİKOSEL
 TESA
 PESA
 Diğer _____
- Bu kaçınıcı tüp bebek denemeniz? _____
- Şu anki tüp bebek tedavinizin hangi aşamalarını bitirdiniz?

- Stimulasyon (ilaçla yumurtaların uyarılması)
- Yumurta toplama (OPU)
- Embriyo transferi

- Eşinizle cinsel ilişkiniz var mı? 1. Evet 2.Hayır
- Cevabınız “Evet” ise cinsel ilişki sıklığı Sayı...../hafta
- Cinsel ilişkiyi kim (Eşinizle) başlatır? 1. Genellikle ben
2. Genellikle Eşim
3. Değişiyor
- Evlilik öncesi cinsel deneyiminiz oldu mu? 1. Evet 2. Hayır
- Kendinizi genel olarak güzel buluyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Kendinizi cinsel yönden çekici buluyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Cinsel açıdan başarısızlık duygusuna kapılıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Cinsel sorunlarınızı yada (varsa) cinsel yaşamınızdan memnun değilseniz bunu eşinizle konuşur musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Cinsel ilişki dışında evliliğinizden memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Eşinizle birbirinize yeterince bağlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
- Mastürbasyon yapıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
- Kaç yaşında mastürbasyona başladınız? _____

EK-2: GENEL BİLGİ FORMU (KADIN)

- Kaç Yaşındasınız?

a)24 ve altı b)25-29 c)30-34 d)35-39 e)40-45

- Yaşadığınız şehir: _____

- Eğitim durumunuz: İlkokul mezunu Üniversite mezunu
 Ortaokul mezunu Yüksek lisans mezunu
 Lise mezunu

- Eğitim yılı: _____

- Çalışıyor musunuz? Evet Hayır

- Çalışıyorsanız, mesleğiniz: _____

- Evinizde aylık geliriniz ne kadardır?
 0-750 TL 751-1500 TL 1500 TL'den fazla

- Kaç yaşında adet oldunuz? _____

- Ne kadar zamandır evlisiniz? _____

- Kaç yıldır çocuk sahibi olmaya çalışıyorsunuz? _____

- Daha önce çocuk sahibi olmak için başka tedavi gördünüz mü?
 Evet Hayır

- Tüp bebek tedavisi sırasında geçirdiğiniz ameliyatlara işaretleyiniz:

- Laparoskopik cerrahi
- Histeroskopik cerrahi
- Laparotomi
- Diğer _____

- Bu kaçınıcı tüp bebek denemeniz? _____

- Daha önce düşük yaptınız mı? Evet Hayır

- Evet ise kaç kez düşük yaptınız? _____

- Daha önce kürtaj yaptırdınız mı? Evet Hayır

- Şu anki tüp bebek tedavinizin hangi aşamalarını bitirdiniz?
 - Stimulasyon (ilaçla yumurtaların uyarılması)
 - Yumurta toplama (OPU)
 - Embriyo transferi
- Eşinizle cinsel ilişkiniz var mı? 1. Evet 2. Hayır
- Cevabınız “Evet” ise cinsel ilişki sıklığı Sayı...../hafta
- Cinsel ilişkiyi kim (Eşinizle) başlatır?
 1. Genellikle ben
 2. Genellikle Eşim
 3. Değişiyor
- Evlilik öncesi cinsel deneyiminiz oldu mu? 1. Evet 2. Hayır
- Kendinizi genel olarak güzel buluyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Kendinizi cinsel yönden çekici buluyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Cinsel açıdan başarısızlık duygusuna kapılıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Cinsel sorunlarınızı ya da (varsa) cinsel yaşamınızdan memnun değilseniz bunu eşinizle konuşur musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Cinsel ilişki dışında evliliğinizden memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- Eşinizle birbirinize yeterince bağlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

EK-3: GENEL BİLGİ FORMU (KARSILASTIRMA GRUBU-ERKEK)

- Kaç Yaşındasınız?
a)24 ve altı b)25-29 c)30-34 d)35-39 e)40-45
- Yaşadığınız şehir: _____
- Eğitim durumunuz: İlkokul mezunu Üniversite mezunu
 Ortaokul mezunu Yüksek lisans mezunu
 Lise mezunu
- Çalışıyor musunuz? Evet Hayır
- Çalışıyorsanız, mesleğiniz: _____
- Evinizde aylık gelirin ne kadardır?
 0-750 TL 751-1500 TL 1500 TL'den fazla
- Ne kadar zamandır evlisiniz? _____
- Kaç çocuğunuz var? _____
- Eşinizle cinsel ilişkiniz var mı? 1. Evet 2.Hayır
- Cevabınız “Evet” ise cinsel ilişki sıklığı Sayı...../hafta
- Cinsel ilişkiyi kim (Eşinizle) başlatır? 1. Genellikle ben
2. Genellikle Eşim
3. Değişiyor
- Evlilik öncesi cinsel deneyiminiz oldu mu? 1. Evet 2.
Hayır
- Kendinizi genel olarak güzel buluyor musunuz? 1. Evet 2.
Hayır
- Kendinizi cinsel yönden çekici buluyor musunuz? 1. Evet 2.
Hayır
- Cinsel açıdan başarısızlık duygusuna kapılıyor musunuz? 1. Evet 2.
Hayır

- Cinsel sorunlarınızı yada (varsa) cinsel yaşamınızdan memnun değilseniz bunu eşinizle konuşur musunuz? 1. Evet
2. Hayır
- Cinsel ilişki dışında evliliğinizden memnun musunuz? 1. Evet 2.
Hayır
- Eşinizle birbirinize yeterince bağlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?
1.Evet
2.Hayır
- Mastürbasyon yapıyor musunuz? 1.Evet
2.Hayır
- Kaç yaşında mastürbasyona başladınız? _____

EK-4: GENEL BİLGİ FORMU (KARSILASTIRMA GRUBU-KADIN)

- Kaç Yaşındasınız?
a)24 ve altı b)25-29 c)30-34 d)35-39 e)40-45
- Yaşadığınız şehir: _____
- Eğitim durumunuz: İlkokul mezunu Üniversite mezunu
 Ortaokul mezunu Yüksek lisans mezunu
 Lise mezunu
- Eğitim yılı: _____
- Çalışıyor musunuz? Evet Hayır
- Çalışıyorsanız, mesleğiniz: _____
- Evinizde aylık geliriniz ne kadardır?
 0-750 TL 751-1500 TL 1500 TL'den fazla
- Kaç yaşında adet oldunuz? _____
- Ne kadar zamandır evlisiniz? _____
- Kaç çocuğunuz var? _____
- Daha önce düşük yaptınız mı? Evet Hayır
- Evet ise kaç kez düşük yaptınız? _____
- Daha önce kürtaj yaptırdınız mı? Evet Hayır
- Eşinizle cinsel ilişkiniz var mı? 1. Evet 2. Hayır
- Cevabınız "Evet" ise cinsel ilişki sıklığı Sayı...../hafta
- Cinsel ilişkiyi kim (Eşinizle) başlatır? 1. Genellikle ben
2. Genellikle Eşim
3. Değişiyor
- Evlilik öncesi cinsel deneyiminiz oldu mu? 1. Evet 2. Hayır

- Kendinizi genel olarak güzel buluyor musunuz? 1. Evet 2.
Hayır
- Kendinizi cinsel yönden çekici buluyor musunuz? 1. Evet 2.
Hayır
- Cinsel açıdan başarısızlık duygusuna kapılıyor musunuz? 1. Evet 2.
Hayır
- Cinsel sorunlarınızı yada (varsa) cinsel yaşamınızdan memnun değilseniz
bunu eşinizle konuşur musunuz? 1. Evet
2. Hayır
- Cinsel ilişki dışında evliliğinizden memnun musunuz? 1. Evet 2.
Hayır
- Eşinizle birbirinize yeterince bağlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?
1.Evet
2.Hayır

EK-5: KADIN CİNSEL FONKSİYON ÖLÇEĞİ (FSFI)

1. Son 4 hafta içinde ne sıklıkta cinsel istek veya ilgi duydunuz?
 - Hemen her zaman veya her zaman
 - Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - Hemen hemen hiç veya hiçbirzaman

2. Son 4 hafta içinde cinsel istek veya ilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
 - Çok yüksek
 - Yüksek
 - Orta
 - Düşük
 - Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen her zaman veya her zaman
 - Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok yüksek
 - Yüksek
 - Orta
 - Düşük
 - Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılacağınızdan ne kadar emindiniz?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok emindim
 - Emindim
 - Oldukça emindim
 - Az emindim

- Çok az veya hiç emin değildim
6. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma sizin için ne kadar tatminkardı?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
7. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vaginanız ne sıklıkta ıslandı kayganlaştı) ?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
8. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vaginanızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok zor veya imkansızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim
9. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını (kayganlığını) ne sıklıkta koruyabildiniz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
10. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar vaginanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

- Çok zor veya imkansızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

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

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

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkansızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi

Hiç tatminkar değildi

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

Çok tatminkardı

Genellikle tatminkardı

Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi

Genellikle tatminkar değildi

Hiç tatminkar değildi

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

Çok tatminkardı

Genellikle tatminkardı

Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi

Genellikle tatminkar değildi

Hiç tatminkar değildi

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

Hemen her zaman veya her zaman

Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)

Bazen (geçen sürenin yarısında)

Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)

Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

Hemen her zaman veya her zaman

Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)

Bazen (geçen sürenin yarısında)

Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

Çok yüksek

Yüksek

Orta

Düşük

Çok düşük veya hiç

EK-6: EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ

1. Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

0	1	2	3	4	5	6
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.

Herzaman anlaşırız	Hemen her Zaman anlaşırız	Arasıra yaşadığımız	anlaşa-olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Herzaman anlaşamayız
--------------------	---------------------------	---------------------	-------------	----------------------	-----------------------------	----------------------

2. Aile bütçesini idare etme () () () () () ()

3. Boş zaman etkinlikleri () () () () () ()

4. Duyguların ifadesi () () () () () ()

5. Arkadaşlar () () () () () ()

6.Cinsel ilişkiler	()	()	()	()	()	()
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

7.Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya uygun davranış)	()	()	()	()	()	()
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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 etkinliklerinizin 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

EK-7: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA : Aşağıda, kişilerin ruh halleriyle ilgili bazı ifadeleri içeren bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh halini anlatmaktadır. Her maddede o ruh halinin derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.

(b) Kendimi üzgün hissediyorum.

(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.

(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.

(b) Gelecek konusunda umutsuzum.

(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(d) Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.

3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.

(b) Çevremdeki herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.

(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.

(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.

4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
(b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular içindeyim.
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.

- (d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürdüm.
- 10.** (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- (b) Eskisine göre şimdilerde daha fazla ağlıyorum.
- (c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
- (d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
- 11.** (a) Eskisine göre daha sınırlı veya tedirgin sayılmam.
- (b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
- (c) Çoğu zaman sınırlı ve tedirginim.
- (d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sınırlıyım.
- 12.** (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- (b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- (c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- (d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13.** (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
- (b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
- (c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- (d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14.** (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
- (b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
- (c) Dış görünüşümün çok değiştiğini ve daha çok çirkinleştiğimi hissediyorum.
- (d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15.** (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.

- (c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- (d) Hiç çalışmıyorum.
- 16.** (a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- (b) Şimdilerde eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
- (c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- (d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17.** (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- (b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- (c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- (d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
- 18.** (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
- (b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- (c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
- (d) Artık hiç iştahım yok.
- 19.** (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- (b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
- (c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
- (d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
- 20.** (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- (b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
- (c) Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- (d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, başka bir şey düşünemiyorum.
- 21.** (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum

(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK-8: EREKSİYON İŞLEVİ ULUSLARARASI DEĞERLENDİRME FORMU

1. Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz sırasında peniste sertleşme ne sıklıkla oldu?
 - 0 Cinsel faaliyet olmadı
 - 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
 - 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
 - 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
 - 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
 - 5 Hiç ya da hemen hemen hiç
2. Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılma ile oluşan sertleşmelerin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeyde idi?
 - 0 Cinsel uyarılma olmadı
 - 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
 - 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
 - 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
 - 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
 - 5 Hiç ya da hemen hemen hiç
3. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkla mümkündü?
 - 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
 - 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
 - 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
 - 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
 - 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
 - 5 Hiç ya da hemen hemen hiç
4. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler sırasındaki sertliği ne sıklıkla devam ettirebildiniz?
 - 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
 - 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
 - 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
 - 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
 - 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
 - 5 Hiç ya da hemen hemen hiç
5. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkileri tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız?
 - 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
 - 1 Aşırı zorlandım
 - 2 Çok zorlandım
 - 3 Zorlandım
 - 4 Biraz zorlandım

- 5 Hiç zorlanmadım
6. Son 4 hafta içinde kaç kez cinsel ilişki girişiminde bulundunuz?
- 0 Hiç girişimde bulunmadım
1 1-2
2 3-4
3 5-6
4 7-10
5 10 dan fazla
7. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinizde ne sıklıkla memnun oldunuz?
- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
3 Bazen (yaklaşık yarısında)
4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
5 Hiç ya da hemen hemen hiç
8. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkilerden ne kadar zevk aldınız?
- 0 Cinsel ilişki olmadı
1 Hiç zevk almadım
2 Pek zevk almadım
3 Az derecede zevk aldım
4 Çok zevk aldım
5 Son derece zevk aldım
9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta boşaldınız?
- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
1 Hiç ya da hemen hemen hiç
2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
3 Bazen (yaklaşık yarısında)
4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
10. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta orgazm (doyum) hissi yaşadınız?
- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
1 Hiç ya da hemen hemen hiç
2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
3 Bazen (yaklaşık yarısında)
4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
11. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?

- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 5 Her zaman

12. Son 4 hafta içinde cinsel isteğinizin düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1 Çok az veya hiç yok
- 2 Az
- 3 Orta
- 4 Fazla
- 5 Çok fazla

13. Son 4 hafta içindeki cinsel hayatınız genel olarak ne kadar tatminkardı?

- 1 Hiç tatminkar değildi
- 2 Pek tatminkar değildi
- 3 Ne tatminkardı, ne de değildi
- 4 Orta derecede tatminkardı
- 5 Çok tatminkardı

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkardı?

- 1 Hiç tatminkar değildi
- 2 Pek tatminkar değildi
- 3 Ne tatminkardı, ne de değildi
- 4 Orta derecede tatminkardı
- 5 Çok tatminkardı

15. Son 4 hafta içinde sertleşmeyi sağlamak ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1 Çok az
- 2 Az
- 3 Orta derecede
- 4 Tama yakın
- 5 Tam

EK-9: STAI FORM TX – I

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel** olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1 Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2 Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3 Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4 Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5 Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6 Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7 Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8 Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9 Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10 Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11 Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12 Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13 Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14 Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15 Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16 Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17 Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18 Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19 Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20 Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-10: STAI FORM TX – II

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel** olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen Hiçbir zaman	Bazen	Çok Zaman	Her Zaman
21 Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22 Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23 Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24 Başkaları kadar mutlu olmak isterdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25 Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26 Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27 Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28 Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29 Önemsiz şeyler hakkında endişeleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
30 Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31 Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32 Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33 Genellikle kendimi emniyette hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34 Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35 Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36 Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37 Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38 Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39 Akli başında, kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40 Son zamanlarda kafama takılan beni tedrigin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK.11**ERKEKLER İÇİN CİNSEL SAĞLIK DEĞERLENDİRME FORMU (IIEF-5)**

Ad Soyad:						Tarih:
Son 6 ay içerisinde						Sizin puanınız
1.Sertleşme sağlama ve sürdürme konusunda kendinize olan güveniniz hangi düzeyde?	Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
	1	2	3	4	5	
2.Cinsel uyarı ile sertleşme sağladığınızda bu sertleşme ne sıklıkta içeriye girmek için(vajene/hazneye) yeterliydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	
3.Cinsel birleşme öncesinde sağladığımız sertleşmeyi içeriye (vajene/hazneye) girdikten sonra ne sıklıkta sürdürebildiniz?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	
4.Cinsel birleşme sırasında, sertliği ilişkinin sonuna kadar sürdürmekte ne derece zorlandınız?	Aşırı zorlandım	Çok zorlandım	Zorlandım	Biraz zorlandım	Hiç zorlanmadım	
	1	2	3	4	5	
5.Cinsel birleşme girişimleriniz sizce ne sıklıkta tatmin ediciydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	

EK-12:

**İSTANBUL TÜPBEBEK VE KADIN SAĞLIĞI HİZMETLERİ
TURİZM İNŞAAT VE DIŞ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ**

GÜMÜŞSUYU İNÖNÜ CAD. DERSAN HAN No:46 34433 TAKSİM /
İSTANBUL
TEL: 0212 292 49 19 GSM: 0533 682 46 64 FAKS: 0212 292 49 20
www.istanbultupbebek.com.tr www.infertiliteonline.com
www.tupbebekonline.com



01.02.2009

Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Merkezimiz bünyesinde Psikolog olarak çalışan Elçin Orhan'ın 'Erkek Kaynaklı İnfertilite Tanısı almış Çiftlerde Emosyonel Belirtiler, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşamın Değerlendirilmesi' başlıklı çalışmasında Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi ve Kadın Sağlığı Polikliniğine kayıtlı hastalarımızın bilgilerini kullanmasında bir sakınca bulunmadığını bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla.

Op.Dr. Aret Kamar
ÜYETE Direktörü
Mesul Müdür

EK-13:

İstanbul Tüp bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi'nde, Elçin Orhan tarafından yapılan bu araştırma ile ilgili gerekli tüm bilgiler şahsıma yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma konusunda bana yapılan açıklamaları, detayları ile anlamış bulunmaktayım.

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı Soyadı

İmza

