



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ  
ENSTİTÜSÜ**

**İNFERİLİTENİN CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**TUBA KIRÇO  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN  
Yard. Doç. Dr. AYTEN DİNÇ**

**İSTANBUL-2009**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

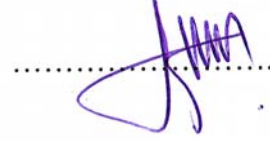
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba KIRÇO tarafından hazırlanan “*İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :29.09.2009

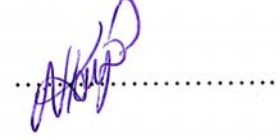
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası


Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayten DİNÇ  
: Serbest  
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ  
:İstanbul Üni. Florence Nigh. HYO



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
: Haliç Üniversitesi / Sağ. Bil. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

## I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince tezimin her aşamasında sürekli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, benden her daim yardımlarını eksik etmeyen değerli danışmanım Yard. Doç. Dr. Ayten DİNÇ'e,

Engin bilgi ve tecrübelerini hiçbir zaman esirgemeyen, her danıştığım da kendisinden birçok bilgi ve tecrübe edindiğim Sayın Hocam Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye, araştırmamın istatistiklerinde beni yönlendiren Doç. Dr. Halim İŞSEVER'e,

Tezimin uygulama aşamasına olanak sağlayan başta İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Seyfettin ULUDAĞ'a, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sezai ŞAHMAY'a, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu Uzm. Hemş. Sevil KURU'ya, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi'nde çalışan tüm hemşire arkadaşlarıma ve sağlık personellerine,

Bilgilerini ve tecrübelerini her zaman paylaşan, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Aseptik Servisi Sorumlusu Uzm. Ebe Nalan DEMİR'e ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olmalarını dilediğim ve her zaman desteğini yanımda hissettiğim çok sevdiğim dostlarım Gülhan NUHOĞLU, Şebnem FIRAT ve Betül MAMMADOVA'ya, teknik sorunlarımda sürekli imdadıma yetişen Tayfun ÇOBAN'a,

Beni büyütüp, hayatım boyunca maddi-manevi yardımlarını esirgemeyen, her daim bana doğru yolu göstermeye çalışan aileme sonsuz teşekkür ederim.

*Saygılarımla,*

*Tuba KIRÇO*

*İstanbul, 2009*

## **II. İÇİNDEKİLER**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. TEŞEKKÜR.....</b>  | <b>I</b>  |
| <b>II. İÇİNDEKİLER.....</b>                                      | <b>II</b> |
| <b>III. KISALTMALAR.....</b>                                     | <b>V</b>  |
| <b>IV. TABLO LİSTESİ.....</b>                                    | <b>VI</b> |
| <b>1. ÖZET.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>2. SUMMARY.....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>3. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>                                     | <b>3</b>  |
| <b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>                                    | <b>5</b>  |
| 4.1. Kadın Cinselliği.....                                       | 6         |
| 4.1.1. Kadın Cinsel Anatomisi.....                               | 6         |
| 4.1.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi.....                   | 10        |
| 4.1.3. Kadın Hormonlarının Cinsel Yaşamdaki Etkileri.....        | 13        |
| 4.1.4. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....                  | 15        |
| 4.2. Erkek Cinselliği.....                                       | 19        |
| 4.2.1. Erkek Cinsel Anatomisi.....                               | 19        |
| 4.2.2. Erkek Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi.....                   | 20        |
| 4.2.3. Erkek Hormonlarının Cinsel Yaşamdaki Etkileri.....        | 22        |
| 4.2.4. Erkek Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....                  | 23        |
| 4.3. İnfertiliteye Genel Bakış.....                              | 27        |
| 4.3.1. İnfertilitenin Tanımı.....                                | 27        |
| 4.3.2. İnfertilitenin Sıklığı.....                               | 27        |
| 4.3.3. İnfertilitenin Nedenleri.....                             | 28        |
| 4.3.4. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler.....                      | 28        |
| 4.3.5. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi.....           | 31        |
| 4.3.6. İnfertil Çifte Yaklaşımda Hemşirelik Bakımının Önemi..... | 34        |
| <b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>                                   | <b>36</b> |
| 5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....                            | 36        |
| 5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....                            | 36        |
| 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....                       | 36        |
| 5.4. Verilerin Toplanması.....                                   | 37        |
| 5.4.1. Görüşme Formu.....  | 37        |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.4.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği.....   | 38        |
| 5.4.3. Beck Depresyon Ölçeği.....  | 39        |
| 5.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....  | 39        |
| 5.6. Araştırmanın Etik Yönü.....   | 39        |
| 5.7. Tezin Yürütülmesinde İş Birliği Yapılan Yerler ve Kişiler.....  | 40        |
| 5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....  | 40        |
| 5.9. Araştırmanın Varsayımları.....  | 40        |
| 5.10. Araştırmanın Yapılması Sırasında Karşılaşılan Durumlar.....  | 41        |
| <b>6. BULGULAR.....</b>  | <b>42</b> |
| 6.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....  | 42        |
| 6.1.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular...   | 42        |
| 6.1.2. Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular...   | 51        |
| 6.1.3. İnfertil Çiftlerin İnfertilite İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular...   | 52        |
| 6.2.İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne Verdikleri Yanıtlar İle Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerine İlişkin Veriler | 54        |
| 6.2.1. Olguların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....   | 56        |
| 6.2.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının İnfertilite İle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....                              | 61        |
| 6.3. İnfertil Çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne (BDÖ) Göre Depresyon Düzeyleri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İle Karşılaştırılmasını İçeren Bulgular .....    | 65        |
| <b>7. TARTIŞMA.....</b>  | <b>68</b> |
| 7.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerini İçeren Bilgilerin Tartışılması.....  | 68        |
| 7.1.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....  | 69        |
| 7.1.2. Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....  | 74        |
| 7.1.3. İnfertil Çiftlerin İnfertilite İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....  | 75        |
| 7.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne Verdikleri Yanıtlar  | 77        |

|   |            |
|---|------------|
| İle Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerine İlişkin Verilerin Tartışılması.....   |            |
| 7.2.1. Olguların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması.....  | 78         |
| 7.2.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının İnfertilite İle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması...                               | 80         |
| 7.3. İnfertil Çiftlerde Beck Depresyon Ölçeği'ne (BDÖ) Göre Depresyon Düzeyleri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İle Karşılaştırılmasını İçeren Bulguların Tartışılması.....     | 81         |
| <b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>  | <b>83</b>  |
| 8.1. İnfertil Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....  | 83         |
| 8.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne Verdikleri Yanıtlar İle Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerine İlişkin Sonuçlar.....         | 85         |
| 8.3. İnfertil Çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne (BDÖ) Göre Depresyon Düzeyleri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İle Karşılaştırılmasını İçeren Etkilerine İlişkin Sonuçlar..... | 86         |
| <b>9. KAYNAKLAR.....</b>  | <b>89</b>  |
| <b>10. EKLER.....</b>   | <b>102</b> |
| 10.1. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1).....   | 103        |
| 10.2. Kadın Görüşme Formu (Ek-2).....   | 107        |
| 10.3. Erkek Görüşme Formu (Ek-3).....   | 112        |
| 10.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Kadın Formu (Ek-4).....   | 114        |
| 10.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu (Ek-5).....   | 116        |
| 10.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-6).....   | 118        |
| 10.7. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı İzni (Ek-7).....  | 122        |
| <b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>  | <b>123</b> |

### **III. KISALTMALAR**

**ACYÖ (ASEX)**= Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale)

**AFUD**= Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu

**BDÖ (BDI)**= Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory)

**BMI**= Beden Kitle İndeksi

**CİBDTÜ**= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**CS**= Cinsel Sağlık

**DETAM**= Deneysel Tıp Araştırma Merkezi

**DSM**= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**DSÖ**= Dünya Sağlık Örgütü

**FSFI**= Female Sexual Function Index

**ICD**= International Classification of Diseases

**KCFB**= Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

**KSGM**= Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü

**SPSS**= Statistical Package for Social Science

**TNSA**= Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TURDEP**= Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması

#### IV. TABLO LİSTESİ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tablo 1-</b> İnfertil Çiftlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları .....   | <b>43</b> |
| <b>Tablo 2-</b> İnfertil Çiftlerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları .....   | <b>44</b> |
| <b>Tablo 3-</b> İnfertil Çiftlerin Beden Kitle İndeksine (BMI) Göre Dağılımları.....   | <b>44</b> |
| <b>Tablo 4-</b> İnfertil Çiftlerin Yaşadığı Yere ve Aile Biçimine Göre Dağılımları .....   | <b>45</b> |
| <b>Tablo 5-</b> İnfertil Çiftlerin Meslek ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları.....   | <b>46</b> |
| <b>Tablo 6-</b> İnfertil Çiftlerin Sosyo-Ekonomik Düzey ve Tedavi Masrafını Karşılama Durumuna Göre Dağılımları .....                            | <b>47</b> |
| <b>Tablo 7-</b> İnfertil Çiftlerin Evlilik İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....  | <b>48</b> |
| <b>Tablo 8-</b> İnfertil Çiftlerin Kişisel Alışkanlıklar İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....  | <b>50</b> |
| <b>Tablo 9-</b> Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımları.....  | <b>51</b> |
| <b>Tablo 10-</b> İnfertil Çiftlerin İnfertilite İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....   | <b>52</b> |
| <b>Tablo 11-</b> Kadınların İnfertilite Nedeni, İnfertilite Süresi, Tedavi Süresi ve Tüp Bebek Deneme Sayısı Özelliklerine Göre Dağılımları..... | <b>53</b> |
| <b>Tablo 12-</b> İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları.....                                 | <b>55</b> |
| <b>Tablo 13-</b> İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Sorularına Göre Puan Ortalamaları.....                                      | <b>55</b> |
| <b>Tablo 14-</b> Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....                                   | <b>57</b> |
| <b>Tablo 15-</b> Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....                                   | <b>57</b> |
| <b>Tablo 16-</b> Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....                               | <b>58</b> |
| <b>Tablo 17-</b> Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....                               | <b>59</b> |
| <b>Tablo 18-</b> Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları.....                              | <b>59</b> |
| <b>Tablo 19-</b> Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları.....                              | <b>60</b> |



|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tablo 20-</b> Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Evlilik Süresi ve Sosyo-Ekonomik Düzey İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....                  | <b>60</b> |
| <b>Tablo 21-</b> Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, İnfertilite İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımları.....   | <b>62</b> |
| <b>Tablo 22-</b> Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, İnfertilite İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımları.....   | <b>63</b> |
| <b>Tablo 23-</b> Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, İnfertilite Nedeni, İnfertilite Süresi, Tedavi Süresi, Tüp Bebek Deneme Sayısına Göre Dağılımları..... | <b>64</b> |
| <b>Tablo 24-</b> İnfertil Çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Depresyon Durumları.....   | <b>66</b> |
| <b>Tablo 25-</b> İnfertil Çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları.....  | <b>66</b> |
| <b>Tablo 26-</b> İnfertil Çiftlerin BDÖ ve ACYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....  | <b>67</b> |
| <b>Tablo 27-</b> Cinsiyete Göre BDÖ ve ACYÖ' nün Karşılaştırılması .....   | <b>67</b> |

## 1. ÖZET

### *İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi*

Bu araştırma; infertilite nedeni ile başvuran çiftlerde infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırma; İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi'nde 29 Ocak-07 Nisan 2009 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini; uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik değerlendirme sonucunda infertilite tanısı almış, en az 6 aylık infertilite tedavi öyküleri olan, evli, en az ilkokul mezunu, anamnezlerinde hayatı tehdit edecek kronik bir hastalık öyküsü olmayan, infertilite tedavisinden önce psikiyatrik bir tanı almamış, çalışmaya katılma konusunda gönüllü, toplam 150 çift oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri; farklı literatürlerden yararlanılarak hazırlanan görüşme formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır.

Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalaması 30,85±5,02, erkeklerin yaş ortalaması ise 33,82±5,49 olarak saptanmış, ortalama evlilik süreleri 6,64±4,33 yıl olarak bulunmuştur.

Kadınların ortalama ACYÖ puanı 13,20±3,96, erkeklerin puanı 9,28±2,97, kadınların ortalama BDÖ puanı 9,93±6,45, erkeklerin puanı 6,97±6,54 olarak saptanmıştır. Kadınların % 77'sinin, erkeklerin % 23'ünün cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadıkları saptanmış ve infertil çiftler arasında cinsel işlev bozukluğu varlığı açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Depresyon durumu bakımından da kadınların erkeklere göre daha fazla depresyona girdikleri saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Sonuç olarak; çalışmamızda infertilitenin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, cinsellik, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği.

## 2. SUMMARY

### *Studying the Effects of Infertility on Sexual Life*

This study was carried out illustratively in order to examine the effects of infertility on sexual life of couples presenting with infertility.

The study was carried out in Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, Reproductive Endocrinology division, Unit of IVF; between the dates of 29 January and 7 April 2009. The sample constituted total 150 voluntary couples who were diagnosed with infertility as a result of specialists' gynecologic evaluation, had an infertility history at least for 6 months, were married, were at least primary school graduates, did not have a life-threatening chronic disease history in their medical records and did not have a psychiatric diagnosis before infertility treatment.

Data of the study was collected with an interview form prepared by benefiting from different literatures, Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) and Beck Depression Inventory (BDI). Evaluation of the data is made with SPSS 15.0 packaged software.

Mean ages of the women and men in the study were determined as  $30,85 \pm 5,02$  and  $33,82 \pm 5,49$ , respectively and mean marriage duration was  $6,64 \pm 4,33$  years.

It was detected that mean ASEX points of the women and men were  $13,20 \pm 3,96$  and  $9,28 \pm 2,97$ , respectively; mean BDI points of the women and men were  $9,93 \pm 6,45$  and  $6,97 \pm 6,54$ , respectively. It was found that 77% of the women and 23% of the men had sexual dysfunctions and there was a statistically highly significant difference ( $p < 0,001$ ) in terms of sexual dysfunction between infertile couples. In terms of depression state, it was detected that women get into depression more in comparison with men, and a statistically significant difference ( $p < 0,05$ ) was found between them.

In conclusion, in our study it was found that infertility negatively effects sexual life.

**Key words:** Infertility, Sexuality, Arizona Sexual Experiences Scale, Beck Depression Inventory.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite, eşlerin her ikisi için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle de fiziksel olarak acı veren karmaşık bir yaşam krizi olarak tanımlanabilir (23). Dünya’da infertilite oranı % 8-12 arasında olup, Türkiye’de bu oran % 10-20 arasında değişmektedir (28).

İnsanların temel içgüdülerinden biri üreme iç güdüsüdür (38). Evli olan çiftlerin hemen hepsi çocuk sahibi olmayı planlamaktadır (37). İnfertilite tedavisi sürecinde çiftler üreme işlevleri üzerinde kontrollerinin olmadığını farkına varırlar. İnfertil çiftler için gebelik ve biyolojik bir çocuğa sahip olma ümidinin, benlik saygısının, yaşam ve amaçları üzerindeki kontrolün, beden ve cinsel işlevlerdeki mahremiyetin kaybı söz konusudur (23).

Anamnez alınırken seksüel yeterlilik üzerine odaklanan sorular, tanı yöntemleri, yapılan tetkiklerin sonuçlarının hastaya açıklanma şekli, koitusun düzenli bir şekilde yapılma gereksinimi gibi sebeplerden dolayı çiftler birbirini suçlayabilir ve tıbbi tedaviye karşı çıkabilirler. Eşlerden biri diğerinden daha fazla cinsel ilişkiyi isteyebilir veya cinsel ilişkiyi reddederek diğerini cezalandırabilir. Bazen orgazma ulaşamama ve vajinismus gelişebilir ve sorunları daha komplike hale getirebilir (15, 49). Pek çok infertil çiftin yaşadığı stres ve depresyon gelecekle ilgili belirsizliğe, tedavi süreci ve teknikleriyle ilgili yaşanan kaygıya ve fertilite kapasiteleriyle ilgili korkulara bağlanmaktadır (95).

Fertilite problemi olan çiftlerin, tedavi süreci boyunca tanı aşamasından başlayarak, karar verme, sıkıntılardan mutluluğa geçme aşamalarının tümünde onlara yardımcı olabilmek çok sayıda değişik hemşirelik girişimlerini gerektirir (16, 24, 63, 71, 87). Bu alanda hemşirenin tıbbi bakımdaki rolü yanında, yardımcı üreme teknikleriyle tedavi gören çiftlerin eğitim ve emosyonel ihtiyaçlarını karşılayacak psikolojik destek ve danışman, koordinatör ve hasta hakları savunuculuğu rolleri de ön plana çıkmaktadır (62).

Bu nedenlerden dolayı, hemşirelerin özellikle tedavi amacıyla başvuran infertil çiftlerle karşılaştıklarında çocuksuz olmanın psikososyal ve psikoseksüel etkilerini gözardı etmemeleri, çiftin gereksinimlerinin değerlendirilmesinden sonra ifte özel bir bakım planı hazırlamak için gerekli hemşirelik girişimlerini saptamaları gerekir (62).

Bu araştırma, infertilite nedeniyle başvuran çiftlerde cinsel yaşam üzerine etkisi olduğu düşünülen sosyo-demografik değişkenler, infertiliteye ilişkin değişkenler ve depresyonun etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

#### 4. GENEL BİLGİLER

Cinsellik yaşamın doğal, sağlıklı ve ayrılmaz bir parçasıdır. Her insan kendi biyolojik, psikolojik, toplumsal, kişisel özelliklerine göre, cinsel gelişim sürecinde bulunduğu aşamaya uygun ve içinde yaşadığı toplumun kültürel, ahlaksal ve dinsel etkilerine göre cinsel yaşamını sürdürür. Cinsel yaşamla ilgili konular toplumumuzda önemsenmekle birlikte konuşulmayan konular olma özelliğini korumaktadır (44).

İnsan neslinin devamının sağlanmasında kişiliğin oluşması ve gelişmesinde, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetişmesinde birinci derecede rolü olan aile, toplumun değer yargılarından oldukça etkilenir. Aile düzeni ile cinsel yaşam, çocuk eğitimi ile aile yapısı, ekonomik gelir ve aile üyelerinin çalışma durumu, kadının çalışması sosyal görevler üstlenmesi ve ekonomik bağımsızlığı cinsel yaşamdan soyutlanamaz (17, 44).

Dişilik ve erkeklik gereği olan canlı varlıkların gösterdiği özelliklerin tümü olarak tanımlanan cinsellik, sadece insanın temel ihtiyacı ve fizyolojik bir süreç olmayıp kişiliğin önemli bir yanını oluşturmaktadır. Cinsellik bilimi (seksoloji), sosyologların, kadın doğum uzmanlarının, ürologların ve ruh sağlığı ile ilgili disiplinler gibi multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektiren modern bir bilim alanıdır (17).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre üreme sağlığı kavramının içinde yer alan **cinsel sağlık** (CS); bedensel, duygusal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali olup cinselliğin bütünleşmesi şeklinde tanımlanmıştır (1, 5).

Bu bölümde kadın ve erkek cinsel anatomisi, cinsel fonksiyon fizyolojisi, cinsel fonksiyon bozuklukları, infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisi incelenecektir.

## 4.1. Kadın Cinselliği

### 4.1.1. Kadın Cinsel Anatomisi

Kadın genital organları dış ve iç genital organları olarak ikiye ayrılır. Dış genital organları vulva, iç genital organları vajina, uterus, tubalar ve ovariumlardan oluşur (11).

#### *Kadın Dış Genital Organları*

Bu organları içeren bölgeye “vulva” ya da “pudendum” denir. Vulva; mons pubis, labium major ve minör, klitoris, vestibulum, üretral meatus, hymen, skene kanalları ve bartholin bezlerini içerir.

**Mons Pubis:** Gevşek bağ dokusu ve derialtı yağ dokusundan oluşmuştur. Puberte ile birlikte kıllanmaya başlar. Kıllar altta labia majöre doğru yayılır ve üst sınırında yatay bir çizgiyle sonlanırlar. Bu bölgede bulunan kılların cinsel işlevinden de söz edilmektedir. Bu kılların, kadınlara has bir kokunun çabuk dağılmasını önlediği ve bu cinsel kokuyu muhafaza edici özelliği olduğu belirtilmektedir. Deri altında gevşek yağ ve bağ dokusu vardır (97, 99).

**Labia Major:** Mons pubisten aşağı doğru uzanan yağ ve bağ dokusu kıvrımıdır. Erkekteki skrotuma karşılıktır. Üzerini örten deri, puberte ile beraber kıllarla örtülür. Ter ve yağ bezleri açısından zengindir. İç yüzü ise düz olup, bol miktarda yağ bezleri içerir. Labia majorler labia minörleri, üretral ve vajinal açıklığı korurlar. Damar ve sinir yönünden zengindir (97, 99).

**Labia Minör:** Labia majorlere paralel olarak uzanan labia minörler deri kıvrımlarından oluşurlar. Şekil, uzunluk ve genişlikleri ırka ve kişiden kişiye değişir. Dış yüzeyleri epidermis ile örtülüdür. Yumuşak, nemli ve pembe renktedir. Labia majorlar gibi yağ bezleri, damar ve sinir yönünden zengindir. Cinsel uyarılma sırasında kabarır ve renk değiştirir (17, 18, 97).

**Klitoris:** Labia minörlerin üstte birleştiği kısımda yer alır. Kısa, silindirik, erkeklerdeki penis karşılığı erektil yapıda bir organdır. Uzunluğu kişisel özellik gösterse de genellikle 0,5-1 cm kadardır. Damar ve sinir yönünden zengindir. Klitoris bir gövde ve bir baş (glans)'dan oluşmaktadır. Baş kısmı yüksek oranda duyarlıdır. Cinsel uyarılma esnasında klitoris genişler, kabarıp. Üstü “klitoris başlığı” denen yapıyla örtülüdür, özellikle orgazmın gelişmesinde klitoris başlığının klitorise sürtünmesinin büyük rolü vardır. Heyecanlanma evresinde en ufak uyarı, fantezi kurulması bile klitorisin çapında artmaya neden olur. Bu evrede kadınlar pelvis içinde bir dolgunluk hissi, irritasyon ve boşalma ihtiyacı duyarlar (17, 97).

**Grafenberg Noktası (G Noktası):** G noktası kadınların az bilinen cinsel sınırlarından biridir. Grafenberg noktası ilk kez Seksolog Dr. Ernst Grafenberg adlı jinekolog tarafından 1944'te tanımlanmıştır. Çeşitli makalelerde G noktasından bahsedilmesine karşın varlığı 1980'li yıllara kadar tartışılmıştır. Bunun nedeni cinsel yönden uyarılmamış kadınlarda bu noktanın kendini belli etmemesi ve ilk uyarıların aşırı bir tuvalete gitme isteğine neden olmasıdır. Dolayısıyla jinekolojik muayenede G noktasının saptanması oldukça zordur. Cinsel ilişki öncesi G noktasının uyarılması hormonal metabolizmayı hareketlendirir, beyinde yoğun bir cinsellik yaşanmasına neden olur, kalp hızında artma, sıcaklık duygusu ve solunumun hızlanması gözlenir. Cinsel ilişki sırasında G noktası plato evresinin sonuna doğru fark edilebilir, bu bölgedeki embriyolojik prostat ana dokusu kanla dolar ve uyarılır; basınç ve titreşim G noktasını uyararak orgazma neden olur (17, 47).

**Vestibül:** Labia minörler açıldığında ortaya çıkan üçgen sahadır. Üçgenin üst köşesini klitoris, tabanını da labium minörlerin birleştiği frenulum (bağ) oluşturur. Bu bölgeye üretra (meatus), vajina, bartholin bezleri ve skene kanalları açılır. Vestibül yüzeyi ince, mukozal bir yapıya sahiptir (18, 97).

**Hymen (Kızlık zarı):** Vajinal açıklığı kısmen örten elastik bir mukoz membrandır. Üzerinde menstrual kanın dışarı akmasını sağlayacak delikler bulunur. Şekli çok değişiktir. Şekline göre isim alır. Ender olarak tam kapalı olur (İmperfore Hymen). Genellikle ilk koitusta yırtılır ( 25, 97).



**Bartholin Bezleri:** Erkekteki cowper bezinin karşılığıdır. Labia minörlerin arkasında yer alan bartholin bezlerinin kanalları 1-2 cm uzunluğunda olup hymenin altına ve labia minörlerin birleşme yerinin hemen üstünde yan taraftan vestibula açılır. Seksüel uyarılarda bir sıvı salgılayarak vajinanın kayganlığını sağlarlar (18, 97).

**Skene kanalları:** Meatusun her iki yanına açılan küçük, kör kanallardır. Erkekke prostat bezinin karşılığıdır. Ancak salgı üretmez. Mikroorganizmaların (özellikle gonokokların) yerleşmesi ve çoğalması için uygun bir ortam oluşturur (18).

### ***Kadın İç Genital Organları***

İç genital organları overler, uterus, tuba uterinalar ve vajinadan oluşur. Fakat seksüel anatomi içinde vajina ve uterus incelenmektedir (95).

**Vajina:** Serviksten, vajinal açıklığa kadar uzanan 7–10 cm'lik silindirik organdır. Ekseni uterus ekseni ile 90 derece açı yapar. Arka duvarı daha uzundur. Vajen çok sayıda rugae denen mukozal katlantılar içerir ve yapılar fazlaca genişlemeye imkan sağlarken seksüel ilişkide de sürtünmeye bağlı uyarılmayı artırır (39, 97, 106).

Cinsel heyecanın başlamasıyla birlikte 10-30 saniyede vajinal ıslanma meydana gelir. Bu ıslanmayı yapan özel bir salgı bezi yoktur. Vajinayı çevreleyen damarlardaki kan göllenmesinden süzülen transüda (proteinden fakir hücrelerarası sıvı) niteliğindeki sıvı vajinanın ıslanmasını ve cinsel ilişkinin gelişmesini sağlar. Doğum yapmamış kadınlarda uyarılmamış vajinanın uzunluğu 7-8 cm, çapı 2 cm'dir, uyarılınca boyu 9,5 - 10,5 cm olur. Doğum yapmış kadınlarda uyarılmamış vajinanın uzunluğu 8-10 cm, çapı 3-4 cm'dir. Uyarılınca boyu 11-12 cm olur. Görüldüğü gibi vajinal kanal uyarıyla genişlemektedir. Vajinanın sadece 1/3'lik dış kısmı cinsel yönden uyarılabilir, geri kalan bölüm sadece basıncı hisseder. Uterus ise serviks basıncı ve titreşimini hisseder (17).

**Uterus:** Uterus, alt bölümünü serviksin oluşturduğu, armut biçiminde, mesane ve rektum arasına yerleşmiş müsküler bir organdır. Uterus boşluğu üçgen şeklindedir. Üstte fallop tüpleri ile periton boşluğu, altta ise vajinal kanal yoluyla dış ortamlarla bağlantılıdır. Uterus boyutları değişkenlik gösterir: Doğum yapmamış kadınlarda ortalama 7–8 cm uzunluğunda ve 4 cm genişliğinde iken doğum yapmış kadınlarda bu boyutlar sırasıyla ortalama 9 ve 6 cm'dir. Duvar kalınlığı 1–2 cm arasında değişir. Uterin kavitenin uzunluğu ortalama 7 cm'dir (95, 106).

Uterus; fundus, korpus, istmus ve serviks olmak üzere dört kısımda incelenir (97).

1. **Fundus;** uterusun en üst kısmıdır, tuba uterinalar buraya açılır (97, 106).
2. **Korpus;** fundus ile istmus arasındaki orta bölgededir. Uterusun 2/3'ünü kapsamaktadır (106).
3. **İstmus;** uterusun aşağı doğru daraldığı, yaklaşık 1 cm'lik kısmıdır (106).
4. **Serviks;** istmus ile beraber uterusun alt segmenti olarak bilinir. Uzunluğu 2,5-3 cm'dir. Ortasında uterus kavitesi ile vajinayı birleştiren servikal kanal bulunur. Kanalin uterusu açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına eksternal os adı verilir (97).

Uterus dıştan seroza tabakasını oluşturan periton ile kaplıdır. Seroza tabakasının altında düz kaslardan oluşan müsküler tabaka (myometrium) yer almaktadır. Myometriumun altında ise stroma adı verilen, gevşek bağ dokusu ve hücrelerle çevrili tübüler salgı bezlerinden oluşan endometrium tabakası vardır. Endometrium, bazal ve fonksiyonel tabaka olmak üzere iki katmandan oluşur. Fonksiyonel tabaka, over hormonlarının (östrojen ve progesteron) etkisiyle değişime uğrar. Bu değişim, puberteden menopoza kadar sürer. Normalde yaklaşık 28 günde bir görülen menstrüasyon, endometriyal değişikliğin en belirgin özelliğidir. Cinsel uyarımda uterin ve servikal glandlar sekresyonları ile vajinal kayganlaşmaya katkıda bulunur (95).

**Perine:** Anatomik olarak mons pubisten anüse kadar uzanan kısma denir. Bütün dış genital organları, bunlara ait kas, fascia, damar ve sinirleri içine alır. Pelvis tabanının yüzünü oluşturur ve pelvis organlarına destek görevi yapar (97).

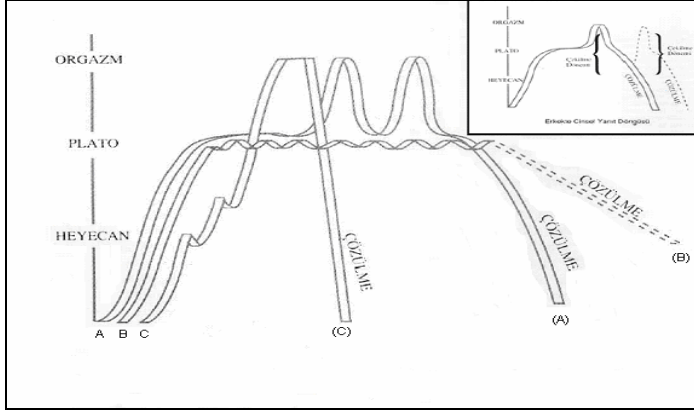
### ***Pelvik Taban Kasları***

Pelvik taban kasları kemik pelvisin tabanını oluşturur. Bu yapılar seksüel ilişki ve doğuma müsaade ederken pelvik ve abdominal organlara destek olur, idrar ve gaita kontinansına yardımcı olur. Levator ani kası, ürogenital diyafragma ve perineal membrandan oluşur ve pelvik destek için önemlidir. Ürogenital diyafram, pubik yay boyunca uzanan fibromusküler bir örtüdür. Perineal membran iskiyokavernöz, bulbokavernöz ve yüzeysel transvers perineal kaslardan oluşur. Vestibüler bulbus ve klitoris ile yakından ilişkilidir ve seksüel aktivitede rol oynar. Bu kaslar istemli olarak kasıldığında kadın ve erkekte orgazmın belirtisidir. Levator aninin pubokoksigeal ve iliokoksigeal olmak üzere iki kısmı vardır. Kasların görevi rektumu, vajinayı ve üretra anteriorunu pubik kemiğe doğru çekerek lümeni kapatmaktır. İstemsiz kontraksiyonları vajinismus olarak adlandırılır. Yaşlanma, menopoza ve çok sayıda vajinal doğuma bağlı olarak pelvik taban kaslarının gevşemesi veya hipotoni olması durumunda vajinal anestezi, anorgazmi ve cinsel birleşme veya orgazm sırasında inkontinans gelişebilir (12, 95).

#### **4.1.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi**

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırma Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu araştırma 1938 ile 1952 yılları arasındaki, insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlenmesinden oluşmaktadır (41). Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben William Masters ve Virginia Johnson 1966'da "İnsanda Cinsel Davranış" ve 1970'te "İnsanda Cinsel Sorunlar"ı yayınlamışlardır. Projelerinde 10 yıllık bir dönemde 382 kadın ve 312 erkekten oluşan denek grubunda 14000'den fazla cinsel birleşmeyi gözlemleyip değerlendirmişlerdir. Cinsel yanıt döngüsünde dört evre modelini ele almışlardır. Bunlar;

1. Uyarılma evresi
2. Plato evresi
3. Orgazm evresi
4. Çözülme evresi'dir (50).



**Şekil 1.** Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü (95)

Seks terapisinin kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan 1979 yılında bu fazları değiştirmiştir ve “arzu” kelimesini ekleyerek

a) Arzu

b) Uyarılma

c) Orgazm olmak üzere 3 faza ayırmıştır. Bu sınıflama DSM–IV’ de yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu tanımına temel oluşturmuştur. Ancak 2000’de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (AFUD) tarafından

a) Cinsel istek (istek evresi) ( sexual desire)

b) Uyarılma (sexual arousal)

c) Orgazm (orgasm)

d) Çözülme (resolution) olarak yeniden sınıflandırılmıştır (50, 95).

Cinselliğin ve sorunlarının (hele kadınlar için), dolaşım veya solunum sistemi gibi tıbbileştirilemeyeceği, basit kategorilere indirgenemeyeceğini pek çok seks terapisti, araştırmacı ileri sürmüştür. Konunun önde gelen savunucularından biri olan feminist seksolog Leonora Tiefer’in başını çektiği bir grup tarafından hazırlanan (Women's Sexual Problems: A New Classification) “Kadın Cinsel Sorunlarının Yeni Sınıflaması” giderek daha geniş bir çevre tarafından benimsenmektedir ve Amerikan Psikiyatri Sınıflamalarının güncelleştirilmesi çalışmalarında da yer alması önerilmiştir (by the Working Group on a New View of Women's Sexual Problems 2001) (17).

**İstek Evresi:** Cinsel aktivite için cinsel fantezi ve cinsel arzunun olması durumudur. İstek ve arzuya göre bireyde cinselliği oluşturacak iletişim, ortam, fantezi,

partner ilişkileri vb. karmaşık davranışları gerçekleştirmesini sağlayacak motivasyonu oluşturur. Bu evre cinselliğin psikojen yönünü ve öznel uyarılmayı içermektedir. Cinsel döngünün en önemli evresidir (17, 95).

**Uyarılma Evresi:** İnsanda cinsel yanıt sürecinin Masters ve Johnson'a göre ilk evresi olan uyarılma evresi herhangi bir somatojenik ve psikojenik uyarılma sonucu ortaya çıkabilir. Uyarı, bireysel gereksinimi karşılayacak düzeyde ise yanıtın yoğunluğu genellikle kısa sürede artış gösterir. Uyarılma süresini bu şartlar belirler. Uyarı yaklaşımı fiziksel ya da psikolojik olarak uygunsuz ise ya da ara verilmişse, uyarılma evresi uzayabilir hatta kaybolabilir (50). Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon ve kadında ıslanmanın (lubrikasyon) ortaya çıkması ve bedende yaygın olarak vazokonjeksiyon ve kasların kasılması ile karakterizedir (95).

**Plato Evresi:** Uyarılma evresinin giderek arttığı ve hazzın orgazma yaklaşmasına kadar ki kısmıdır (17). Plato evresinin süresi büyük oranda uyarımın etkinliğine ve cinsel gerilim artışının bireysel dürtü ile desteklenmesine bağlıdır (50).

**Orgazm Evresi:** Süre açısından en kısa, haz açısından en yoğun dönemdir. Bu evre erkekte ejakulasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjeksiyon sonucu büyüyen dokuların, refleks olarak ritmik kasılmaları ile karakterizedir (50, 95). Orgazm ile birlikte, kan akımı, solunum sayısı, serum prolaktin, vazopresin, oksitosin, adrenalın seviyeleri artmaktadır. Özellikle prolaktin orgazm ile birlikte artar ve 60 dk. yüksek kalabilir (95).

Kadınlarda orgazmı tetikleyen faktörler şunlardır:

- Genital ve genital olmayan çeşitli bölgelerin erotik stimülasyonu
  - Klitoris ve vajina
  - Periüretal glans, meme ve meme ucu ya da mons pubis
  - İmgelerle canlandırma veya hayal kurma
  - Hipnoz
- Uyku esnasında da orgazm olabilir (58, 65).

**Çözülme Evresi:** Cinsel döngünün son evresidir. Yaşanan cinsellik sonrasında orgazmı takiben, orgazm yaşanmamış ise plato evresini takiben vücut ve cinsel organlardaki uyarılmanın azalması ve ortadan kalkmasıdır. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir. Çözülme evresinde kadınların erkeklere göre fizyolojik üstünlüğü vardır. Kadınlar orgazm sonrası uyarılma, mevcut cinsel uyarının devam etmesi ile tekrar orgazm olabilirler. Erkeklerde orgazm sonrası refrakter dönem diye tanımlanan fizyolojik çözülme gerçekleşir. Refrakter dönemde cinsel istek azalır, beyinde cinsel bölgelerde aktivite azalır, penis cinsel açıdan bir süre uyarılmaya tepki vermez. Bu süre değişken olup yaşla birlikte uzar. Kadınlarda ise orgazm sonrası beyindeki cinsel bölgelerde aktivite devam eder. Bu nedenle kadınlar çözülme evresinde cinsel açıdan aktifken erkekler inaktiftir. Kadınların fizyolojik olarak bir orgazmın ardından ardı ardına çoğul orgazm yaşayabilme kapasitesi vardır (17).

**Tablo 1:** Kadında cinsel yanıt döngüsünde oluşan anatomik ve fizyolojik değişiklikler

| <b>Kadın</b>        | <b>Uyarılma</b>                                 | <b>Plato</b>                    | <b>Orgazm</b>                       | <b>Çözülme</b>  |
|---------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Vajina</b>       | Lubrikasyon, genişleme, uzama                   | Kabarma                         | Kasılmalar (dış 1/3'ünde)           | Kabarmanın ve genişlemenin kaybolması                                       |
| <b>Klitoris</b>     | Başında büyüme, gövdede uzama                   | Büzülme                         | Değişiklik yok                      | Hızla eski pozisyona dönme  |
| <b>Labium majör</b> | Ayrılma, çapında artma                          | Yassılaşıma                     | Değişiklik yok                      | Normale dönme   |
| <b>Labium minör</b> | Hafifçe kalınlaşma ve genişleme                 | Renk değişikliği (koyu kırmızı) | Değişiklik yok                      | Normal renk ve boyuta dönme   |
| <b>Uterus</b>       | Gövdesinde yükselme, serviks vajinadan ayrılır. | Gövde ve serviks en yüksekte    | Fundustan servikse doğru kasılmalar | Gövde normale döner, serviks vajinaya doğru iner, servikal açıklık kapanır. |

Kaynak (17); Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Cinsel Yaşam ve Sorunları, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, İstanbul, 2007.

#### 4.1.3. Kadın Hormonlarının Cinsel Yaşamdaki Etkileri

**Östrojen;** kadının duygu durum ve iyilik hali gibi psikolojik özelliklerini ve aynı zamanda psikolojik yapıyı etkileyen fiziksel durumu dengeler. Bunların başında deri, kas ve vücut yapısı gelmektedir. İkincil seks karakterlerinin normal olarak devam

etmesi de östrojenin sorumlu olduğu etkiler arasındadır. Bu özellikler kadınlık kimliğini oluşturur ve dolaylı olarak seksüel davranışı etkiler. Aynı zamanda östrojen, uyku düzenini temin ederek, uyku bozukluklarına bağlı seksüel yaşama ait bozuklukları dolaylı yoldan düzeltir (17).

Östrojen libidoyu dolaylı etkiler. Santral sinir sisteminde sinirsel ve psikolojik yapıyı güçlendiren faktörleri düzenlediği gibi, daha çok ikincil seks karakterlerini iyileştirir ve kadınlık kimliğini kazandırır. Aynı zamanda pelvik tabanı etkiler ve dolayısıyla seksüel yolların sağlamlığını korur. Oysa erkeklik hormonları olarak bilinen androjenler, libidoyu doğrudan etkileyip özellikle seksüel motivasyonu arttırmalar. Östrojen ve androjen azalmasına bağlı olarak biyolojik güçlükler yaşanabildiği gibi, bu tablonun daha ağır olanı depresyon, anksiyete, kronik stres ve uykusuzluk şeklinde ilerler. Erotik rüyaların, fantezilerin, mental düşüncelerin sayısında ve dokunma duyusu ile gelişen seksüel uyarılarda azalma ortaya çıkar (17, 95).

Östrojenler, vajinal kayganlığı oluşturan salgı bezlerinin uyarılmasında gerekli olan olayları aktive ederler. Bu nedenle östrojen azalmasına bağlı vajinal kuruluk ve kayganlık kaybı, menopozdaki kadınların % 35-50 kadarında yakınma sebebidir (17).

Kadınlık sadece vücudun yapısı ile karakterize değildir. Aynı zamanda hatıralar, nostalji, rüyalar, aşk, fanteziler gibi duygusal olaylar cinsel duygu durum (mood) yapısının karakteristiğini belirler. İşte östrojen bu yapının kadınlık yönünde gelişimini sağlar (17).

**Oksitosin** düzeyi ile ilgili orgazm memnuniyeti arasında ilişki bulunmamaktadır. Seks hormonları ile sinerjistik etki göstererek orgazm sırasındaki kontraksiyonlardan sorumlu olabilir (4).

**Prolaktin** orgazmdan sonra artar ve 60 dak. sürer. Özellikle meme uçlarının dokunularak uyarılmasıyla salınır. Refrakter periyoda inhibisyonu sağlar (52). Orgazm sonrası artan prolaktin üreme fonksiyonu ve uyarılmaları akut olarak düzenlemede rol oynar (57, 65).

#### 4.1.4. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları (KCFB) biyolojik, psikolojik ve kişilerarası etkileşimleri olan çok nedenli ve çok boyutlu bir problemdir (74). Dünya Sağlık Örgütü, cinsel disfonksiyonu, ‘farklı nedenlere bağlı olarak, kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi’ olarak tanımlamıştır (95). Kadın Cinsel Disfonksiyonu, kadınların % 38-63’ünü etkileyen yüksek prevalanslı bir problemdir (32). Kadınların % 20-50’sinde görülen KCFB yaşla birlikte artmakta, yaşam kalitesini ve kişilerarası ilişkileri önemli ölçüde etkilemektedir (74). ABD’de yapılan bir çalışmada yaklaşık her üç kadından birinde cinsel ilgi kaybı olduğu ve yaklaşık dört kadından birinin orgazmı yaşamadığı tespit edilmiştir (54). Ülkemizde Çayan ve arkadaşları tarafından yapılan prevalans çalışmasında kadın cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı 18-27 yaş arası % 21,7, 28-37 yaş arası % 25,5, 38-47 yaş arası % 53,5, 48-57 yaş arası % 65,9 ve 58-67 yaş arası % 92,9 olarak saptanmıştır (50).

KCFB birçok kadın için fiziksel olarak huzursuz edici, emosyonel olarak üzücü ve sosyal açıdan yıkıcıdır. Ancak erkek cinsel fonksiyon bozukluğu için büyük araştırma ve tedavi olanakları bulunmasına rağmen KCFB daha az dikkat çekmekte ve yeterli mali kaynak ayrılmamaktadır. Konuyla ilgili az sayıda çalışma vardır ve tedavi olanakları sınırlıdır. Klinik araştırmalar ve tedavi için en büyük engel, KCFB için iyi tanımlanmış ve kabul görmüş tanısal çatı ve sınıflandırmanın olmayışıdır (54).

Cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırma sistemleri Master ve Johnson (1970) tarafından tanımlanan ve Kaplan (1974) tarafından geliştirilen, cinsel yanıt siklus modelleri üzerine yapılandırılmıştır. Bu modeller cinsel yanıtın istek, uyarılma ve orgazmı içeren fazlarının koordinasyonu ve birbirini izlediği üzerinde durur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1992’de yapılan uluslararası sınıflandırmada (ICD-10: International Classification of Diseases - 10) cinsel fonksiyon bozuklukları;

- Cinsel istek azlığı ya da kaybı,
- Cinsel tiksinti bozuklukları,
- Genital yanıt eksikliği (yetmezliği),
- Orgazmik disfonksiyon,



Organik olmayan vajinismus,  
Organik olmayan disparoni ve  
Aşırı cinsel dürtü olarak yer almaktadır (2, 103).

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) ise DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında cinsel fonksiyon bozuklukları;

Cinsel istek bozuklukları,  
Cinsel uyarılma bozuklukları,  
Orgazmla ilgili bozukluklar,  
Cinsel ağrı bozuklukları,  
Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu,  
Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu ve  
Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları olarak  
gruplandırılmaktadır (2).

Her bir grup için de geçerli alt tipler tanımlanmıştır: Yaşam boyu tip, edinsel tip, yaygın tip, durumsal tip, psikolojik etkenlere bağlı, bileşik etkenlere bağlı gibi (2). DSM-IV'de yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili sınıflandırma sistemi en sık kullanılan sınıflandırmadır ve daha sonra yapılan değişiklikler bu sınıflamanın üstüne temellendirilmiştir (74).

1998 Boston'da, kadın cinsel disfonksiyonunu sınıflandırma, tanımları değerlendirme ve yeniden düzenleme amacıyla multidisipliner 19 uzmanın katıldığı bir konferans yapılmıştır ve 2000 yılında uluslararası konsensus raporu yayınlanmıştır (50). Raporda belirtilen sınıflandırma DSM-IV ile benzer gruptadır (8, 56, 91). Bu sınıflandırma temel alınarak Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Çalışmaları Derneği (Amsterdam 2003) yıllık kongresinde bu sınıflandırma yeniden düzenlenmiş ve aşağıdaki şekilde tekrar değiştirilmiştir.

Yeni KCFB Sınıflandırma Sistemi aşağıdaki gibidir:

1. Cinsel İstek Bozuklukları

a- Hipoaktif Cinsel İstek Bozuklukları

- b- Cinsel Tiksınme Bozuklukları
- 2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları
- 3. Orgazmik Bozukluklar
- 4. Cinsel Ağrı Bozuklukları
  - a- Disparoni
  - b- Vajinismus
  - c- Diğer Cinsel Ağrı Bozuklukları (74, 75, 95)

## 1. Cinsel İstek Bozuklukları

En sık rastlanan sorun cinsel istek bozukluğu yani libido kaybı olup yaklaşık cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınların % 32'sinde görülmektedir. Cinsel istek genellikle cinsel yanıt döngüsünün ilk evresi olarak değerlendirilir. İstek sadece psikolojik bir durum gibi görünse de sıklıkla hormonal dengesizlik ya da tedavi gibi fiziksel durumlardan etkilenmektedir (95).

**a- Hipoaktif Cinsel İstek Bozuklukları:** Sürekli olarak ya da tekrarlayan bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmamasıdır (74). Batı toplumlarında hastaneye başvuran tüm kadınların % 30-49'unda cinsel isteksizlik olduğu, ülkemizde ise bu oranın % 8-15 arasında değiştiği saptanmıştır (17).

**b- Cinsel Tiksınme Bozuklukları:** Sürekli olarak ya da tekrarlayıcı biçimde eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle ya da kısmen kaçınma olarak tanımlanır. Fiziksel/cinsel taciz, çocuklukta geçirilen travma nedeniyle görülebilir (17, 74, 95). Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası zorluklara neden olur (74). Diğer bozukluklara oranla daha az görülür (17).

## 2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Uyarılma bozukluğu inatçı veya tekrarlayan bir şekilde, yeterli ıslanma veya kabarma yanıtı elde edememe veya cinsel aktivite bitene kadar sürdürememe olarak tanımlanmıştır. Bu rahatsızlık belirgin sıkıntıya ve kişiler arası ilişki zorluklarına neden

olur (74, 95). Cinsel uyarılma bozukluğu tüm cinsel yakınmalarla başvuran kadınlar arasında % 20-35 oranında saptanmıştır. Toplumda görülme sıklığı bilinmemektedir. 30 yaşından sonra daha sık rastlandığı söylenmektedir. En çok 50-59 yaşları arasında görülmektedir (17).

### 3. Orgazmik Bozukluklar

Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmamasıdır. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur. Kadınlar, orgazmı tetikleyen uyarının türü ya da yoğunluğu açısından büyük değişiklik gösterirler. Bu nedenle kadınlardaki orgazm bozukluğu tanısı klinisyen tarafından, kadının yaşı, cinsel deneyimi ve aldığı cinsel uyarıların yeterliliği açısından sorgulanarak konmalıdır (17, 74). Genel toplum çalışmalarında % 5-20 oranında görüldüğü söylenebilir. Cinsel işlev bozukluğu yakınması ile başvuran kadınlarda yapılan bir çalışmada % 40-60 oranında orgazm bozukluğu saptanmıştır (17).

### 4. Cinsel Ağrı Bozuklukları:

**a- Disparoni:** Kadında cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olmasıdır. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur (74). Richters'in yaptığı çalışmada cinsel işlev bozukluğu olan kadınların % 20'sinin ağrılı cinsel ilişki yaşadığı bildirilmiştir. Ağrılı cinsel ilişki en sık 20-29 yaşları arasında yaşanır (17).

**b-Vajinismus:** Vajinanın 1/3 dışını çevreleyen kaslarda koitusu engelleyecek biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması durumudur. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur (74). Vajinismusun kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olduğu söylenebilir. Ülkemizde ve Uzak Doğu ülkelerinde vajinismusa, batı ülkelerinden çok daha fazla rastlanmaktadır. Ülkemizde cinsel tedavi

birimlerine başvuran hastaların yaklaşık % 50'sinin vajinismus olduğu söylenebilir. Batı ülkelerinde bu oran % 10 civarındadır (17).

## **4.2. Erkek Cinselliği**

### **4.2.1. Erkek Cinsel Anatomisi**

Erkek cinsel organları, kadın cinsel organları gibi iç ve dış genital organlar olarak iki başlıkta incelenir. Dış genital organlar, penis, skrotum ve testisler; iç genital organlar ise prostat ve sperm kanallarıdır (17).

#### **Erkek Dış Genital Organları**

Dış genital organlar penis, skrotum ve testislerden oluşur.

**Penis:** Baş, gövde ve kök bölümlerinden oluşan cinsel birleşme ve idrar boşaltma organıdır. Sinir hücrelerinden zengin olan başı (glans penis), oldukça duyarlıdır. Özel yapısı nedeniyle çeşitli uyarılarla sertleşip dikleşme (ereksiyon) özelliği gösterir. Dışı, deri ve fasya ile sarılmış üç erektil dokudan oluşmuştur. Bu dokular, süngerimsi bir yapıya sahiptir ve cinsel uyarılar sonucu içleri kanla dolarak ereksiyonu gerçekleştirir. Penisin içinde yer alan üretra, ejakülatın (sperma sıvısı) ve idrarın atıldığı ortak bir yoldur (19, 97, 106).

**Skrotum:** Skrotum kesesi, penis ve simfizis pubisin altındadır. İçinde testisleri ve epididimileri barındıran iki yan bölme ayrılır (100). Erkeğin cinsel uyarılması sırasında rol oynar (17). Yapısal özelliği nedeniyle 34-35<sup>0</sup> C gibi düşük bir ısıya sahiptir. Bu özelliği, testislerin üretim işlevi içinde geçerlidir (19, 106).

**Testisler:** Testisler, skrotum içinde bulunan, çift taraflı erkek üreme organlarıdır. Yaklaşık 4 cm uzunluğunda, 3,5 cm genişliğinde ve 3 cm kalınlığındadır; hacimleri 30 ml' dir (100). İki önemli görevi vardır. Biri spermiumları geliştirmek, diğeri ise erkek seks hormonları olan androjenleri (testesteron vb.) salgılamaktır (17, 19, 97, 106).

## Erkek İç Genital Organları

İç genital organlar ise prostat ve sperm kanallarıdır.

**Prostat:** Mesanenin hemen altında yer alan kas ve bez dokularından oluşan bir organdır. Ağırlığı ortalama 20 gramdır ve yaklaşık 2,5 cm uzunluğundaki prostatik üretrayı içerir (100). Meni sıvısının spermler dışında kalan kısmından, sıvının kendine has kokusundan ve spermin besleneceği maddelerin salgılanmasından sorumludur. Ergenlik dönemine kadar pek işlevi olmayan prostat, ergenlikle birlikte büyür ve salgılama işlevi yapar. Önemli görevlerinden biri, vajina asiditesini nötralize ederek spermlerin barınmasını sağlamak, diğeri ise cinsel aktivite sırasında kasılarak sperma sıvısını üretraya doğru itmektir (17, 106).

**Sperm kanalları:** Epididimis, duktus deferens (sperm kanalı), seminal vezikül (meni kesesi) ve uretradır (17).

### 4.2.2. Erkek Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi

**İstek Evresi:** Cinselliğin birey tarafından istenmesi ve arzulanmasını içerir. İstek ve arzuya göre bireyin cinselliği oluşturacak iletişim, ortam, fantezi, partner ilişkileri vb. karmaşık davranışları gerçekleştirmesini sağlayacak motivasyonu oluşturur. Bu evre cinselliğin psikolojik yönünü ve öznel uyarılmayı içermektedir. Cinsel döngünün en önemli evresidir (17, 46, 83).

**Uyarılma evresi:** Erkeklerde asıl olarak dış genital organlar cinsel uyarıya belirgin duyarlılığa sahiptir. Peniste sertleşme sağlandıktan sonra, uyarılma sürerse sertleşme uzun süre devam edebilir. Ancak uyarılma ve plato evreleri boyunca, cinsel uyarı sürüyor olsa bile, dış etkenlerde ortaya çıkan bir değişiklik ya da psikolojik gerginlik sertleşmeyi kısmen ya da tamamen kaldırabilir. Cinsel uyarı devam ederse sertleşme tekrar sağlanabilir. Çoğu erkekte sertleşme halindeki penisin uzunluğu 12,5 -17,5 cm arasındadır (17, 46, 83).

**Plato evresi:** Cinsel uyarının çok arttığı orgazm öncesi dönemde sperm içermeyen renksiz bir sıvı gelir. Kadınlarda olduğu gibi, erkeklerde de cinsel organlardaki kanlanma artışının yanında vücudun genelinde de kan akım hızında artış olur. Bu evrenin süresi kişiler arasında hatta aynı kişide değişik zamanlarda oldukça değişkendir. Erken boşalması olan erkeklerde aşırı kısadır (17, 46, 83).

**Orgazm evresi:** Bu evrede boşalma gerçekleşir. Orgazm evresi boyunca testis derisi ve testislerde plato evresinde oluşan değişikliklere ek başka bir şey gözlenmez (17, 46, 83).

**Çözülme evresi:** Kadınlarda olduğu gibi bu evrede, genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek önceki duruma dönmesi gerçekleşir, gevşeme yaşanır (17, 46, 83).

**Yanıtsız evre:** Bu evre sadece erkeklerde vardır. Orgazmdan sonra erkekler yeniden cinsel olarak uyarılmaları için kişisel farklılıklar gösterebilen ve yaşla paralel olarak artan bir süreye gereksinim duyarlar. Bu evrede erkeklerde cinsel istekte azalma da olabilir. 1970’li yıllardan bu yana cinsel işlevlerin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluştuğu ve cinsel işlev bozukluklarının da bu evrelerin bozulmasıyla ortaya çıkan ve her evreye denk düşen farklı hastalıklar topluluğu olduğu kabul görmektedir. Bunun tek istisnası, vajinismus ve disparoni gibi cinsel birleşmede ağrı ile giden cinsel işlev bozukluklarıdır (17).

**Tablo 2:** Erkekte cinsel yanıt döngüsünde oluşan anatomik ve fizyolojik değişiklikler

| Erkek  | Uyarılma   | Plato   | Orgazm                              | Çözülme                      |
|--|--|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <b>Penis</b>   | Hızla sertleşme  | Sertleşme sürdürülür.<br>Koronal bölgede renk değişikliği | Üretraya doğru ekspulsif kasılmalar | Gevşeme<br>Eski duruma dönme |
| <b>Skrotum<br/>Testisler</b>                         | Skrotal deride kalınlaşma ,<br>Skrotum ve testislerde yükselme | Büyüme, testislerde yükselme                              | Tepki yok                           | Normale dönme                |
| <b>İç genitaler<br/>(prostat, vas deferens 'vd')</b> | Değişiklik yok   | Değişiklik yok  | Kontraksiyonlara katılırlar         | Değişiklik yok               |
| <b>Memeler</b>                                       | Uçlarda sertleşme (bazı erkeklerde)                            | Uçlarda sertleşme (bazı erkeklerde)                       | Değişiklik yok                      | Normale dönme                |

Kaynak (17); Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Cinsel Yaşam ve Sorunları, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, İstanbul, 2007.

#### 4.2.3. Erkek Hormonlarının Cinsel Yaşamdaki Etkileri

Steroidal bir hormon olan *testosteron* vücudun en önemli androjenidir. Testosteronun % 95'i testisten, % 5'lik bölümü ise böbrek üstü bezlerinden, beyinden ve diğer bazı yerel hücrelerden salgılanır. Testosteronun salgılanması gün içinde ve mevsimlere göre farklılık göstermekte ve günde 6-7 mg kadar üretilmektedir. Testosteronun serumda % 98'i proteine bağlı olarak tanınırken, % 2'si serbest olarak dolaşır. Albümine bağlı ve serbest olan bölümü testosteronun vücut tarafından kullanılabilen kısmını oluşturur ve biyolojik olarak kullanılabilir testosteron olarak adlandırılır (17).

#### Seks hormonlarının biyolojik etkileri:

*Androjenler* erkek genital sisteminin ve ikincil seks karakterlerinin gelişimi için şarttır. Bunlara ek olarak cinsel davranışlarımızı ve libidomuzu androjenler belirler. Testosteronun cinsel işlev ile ilgili etkileri dört grupta toplanabilir:

Cinsel ilgiyi ve isteği artırır.

Cinsel ilişkilerin sıklığını artırır.

Gece sertleşmelerinin sıklığını artırır.

Fantezi veya görüntü ile uyarılan sertleşmeleri etkilemez (17).

Testosteronun etkileri sadece cinsel işlev ile sınırlı değildir. Hücreler tarafından alınan testosteron bir yandan aktif metabolitleri olan estradiol ve dihidrotestosterona, diğer yandan da inaktif moleküllerine dönüştürülür. Testosteronun normal değerlerde olması birçok organ sisteminin biyolojik aktivitesi için gereklidir. Testosteronun cinsel işlev dışı etkileri ise şöyle sıralanabilir:

Vücutta kan yapımını sağlar.

Normal kas metabolizmasını ve kütlesini sağlamaya destek olur.

Kemik mineralizasyonunu uyarır.

Otoimmün romatizmal hastalıklarda enflamatuar cevabı engeller.

Karaciğer protein formasyonunu uyarır.

Kendine güveni ve kişinin kendini iyi hissetmesini sağlar. Anti-depresif etki sağlayarak duygu durumun korunmasına yardımcı olur.

Bilişsel işlevleri olumlu yönde destekler (17).

#### **4.2.4. Erkek Cinsel Fonksiyon Bozuklukları**

DSM IV'e göre cinsel işlev bozuklukları; kişinin cinsel istek, beklentiler ve performansına yönelik tutumlarını etkileyebilecek etnik, kültürel, dini ve sosyal yapısı göz önünde bulundurulmak kaydıyla, cinsel yanıt döngüsünü belirleyen sürecin bozulması ya da cinsel ilişkide ağrı ile karakterize durumlar olarak tanımlanır. Cinsel işlev bozuklukları sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması ile belirlidir. Cinsel işlev bozuklukları belirgin bir sıkıntıya ve çiftler arasındaki ilişkide zorluğa neden olurlar (47). DSM IV'de erkek cinsel işlev bozuklukları aşağıdaki gibidir:



1. Cinsel İstek Bozuklukları
  - A- Cinsel İsteksizlik
  - B- Cinsel Tiksinti Bozukluğu
2. Cinsel Uyarılma/Sertleşme Bozuklukları
3. Cinsel Orgazm Bozuklukları
  - A- Anorgazmi (İnhibe Erkek Orgazmı)
  - B- Erken Boşalma (Prematür Ejakülasyon)
  - C- Geç Boşalma (Retarde Ejakülasyon)
  - D- Fizyolojik (Anhedonik Orgazm)
  - E- Doyumsuzluk
4. Cinsel Ağrı Bozuklukları
  - A- Disparoni
  - B- Ağrılı Ejakülasyon
5. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Cinsel İstek Bozukluğu
6. Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
7. Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel İstek Bozukluğu (47).

### **1. Cinsel İstek Bozuklukları**

Yapılan araştırmalar, erkeklerin yaklaşık % 40'ının yaşamları boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Erken boşalma, en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Yaklaşık 3-4 erkekte birinde görülür (17).

**A- Cinsel İsteksizlik:** Cinsel istek bozukluğu, süreğen ve tekrarlayan bir biçimde cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin azalmış olması ya da hiç olmaması durumudur. Cinsel istek azlığı erkeklerin % 20'sinde görülür. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı bünyesinde Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Ünitesi (CİBDTÜ)'ne 1998-1999 yılları arasında başvuran 243 erkeğin % 9'unda cinsel ilgi ve istek bozuklukları saptanmıştır (17, 107).

**B- Cinsel Tiksinti Bozukluğu:** Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, bir eş ile cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle kaçınmadır. Burada birey bir partnerle cinsel ilişki söz konusu olduğunda endişe ve korku duyar. Cinsel eylem söz konusu olduğunda kişide bulantı, çarpıntı, bayılma hissi gibi belirtiler görülür. Erkeklerde kadınlara oranla daha az görülür (17, 107).

## **2. Cinsel Uyarılma/Sertleşme Bozuklukları**

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, yeterli bir ereksiyon sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunu sürdürememedir (17). Tüm erişkin erkek popülasyonunun % 10-20'sinde görülebilmekle beraber, bu oran 60 yaşın üzerindeki erkeklerin % 50'sinde hafif, orta ve ağır derecelerde mevcuttur (17, 107).

## **3. Cinsel Orgazm Bozuklukları**

**A- Anorgazmi (İnhibe Erkek Orgazmı):** Cinsel etkinlik sırasında, olağan bir cinsel uyarılma evresi sonrası, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, orgazmın gecikmesi ya da olmamasıdır. Erkeklerdeki cinsel işlev bozukluğu arasında daha nadir görülen bir bozukluktur (17, 107).

**B- Erken Boşalma (Prematür Ejakülasyon):** Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce, vajinaya girme öncesi, girer girmez ya da hemen sonra ejakülasyonun olmasıdır (17). Erken boşalmada önemli olan süre değil, boşalma refleksi üzerinde istemli denetimin olmamasıdır. İlk kez cinsel ilişkiye giren genç erkeklerde sık görülür. Dünya üzerinde görülme sıklığı yaklaşık olarak % 40-50 arasında değişmektedir (17, 107).

**C- Geç Boşalma (Retarde Ejakülasyon):** Erkek doruk noktasına ya hiç ulaşamaz ya da orgazm olabilmesi için uzun ya da yoğun bir uyarılma sürecine gereksinim duyar. Boşalmanın hiç olmaması (mastürbasyon, uyku ve cinsel ilişki sırasında), kısmen oluşması (mastürbasyonda oluşan ancak cinsel birleşme sırasında oluşmayan) ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonunda oluşan boşalma biçiminde görülebilir. Geç

boşalma en az görülen cinsel işlev bozukluğudur. Genel toplumda görülme sıklığı % 5 ve altındadır. Masters ve Johnson 447 kişilik bir cinsel disfonksiyon serisinde % 3,8 oranında rastladıklarını bildirmişlerdir (17, 107).

**D- Fizyolojik (Anhedonik) Orgazm:** Son derece nadir sayıda erkekte hiçbir orgazmik keyif duyulmadan ejakülasyon olur. Geç ve kısmi geç boşalmadan farklı olarak fizyolojik orgazmda hem emisyon hem de fişkırtma vardır, dolayısıyla kasılmalar da olmaktadır, ancak zevk duygusu yaşanmaz (17).

**E- Doyumsuzluk:** Bazı erkekler orgazm olmalarına karşın, orgazm duygusundan yeterli doyum sağlayamazlar. Birçok erkekte yaşanan orgazm duygusu her birleşmede aynı olmamaktadır. Kinsey ve arkadaşlarına göre tüm erkeklerin 1/5'i düşük yoğunlukta orgazm yaşarlar (17).

#### 4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

**A- Disparoni:** Erkekte ya da kadında cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olması anlamına gelir. Ağrı birleşme sırasında olmakla birlikte, hemen öncesinde ya da sonrasında da olabilir. Cinsel İşlev Bozukluğu merkezlerinde nadiren görülen bozukluklardandır (17, 107).

**B- Ağrılı Ejakülasyon:** Nadir görülen bozukluklardandır. Genellikle üretra, prostat ve mesane enfeksiyonu gibi durumlara bağlı oluşur. Bu tür sorunu olan erkekler boşalma sonrası peniste yanma hissinden yakınırırlar. Bazen tamamen sağlıklı erkeklerde de boşalma sonrası penis başında aşırı duyarlılık ve ağrı olabilir (17, 107).

### 4.3. İnfertiliteye Genel Bakış

#### 4.3.1. İnfertilitenin Tanımı

**İnfertilite;** herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın en az bir yıllık süre içerisinde çiftin düzenli cinsel ilişkisine rağmen kadının gebe kalamaması olarak ifade edilmektedir (10, 48, 69, 89, 97, 98, 100).

**Primer İnfertilite;** çiftin, en az 12 ay boyunca düzenli olarak (haftada 2-3 kez) korunmasız ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması olarak tanımlanır (45, 93, 98, 100).

**Sekonder İnfertilite;** çiftin canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsü olması, ancak daha sonra 12 ay boyunca korunmasız ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması olarak tanımlanmıştır (45, 93, 98, 100).

**Fekondabilite;** belli bir zaman periyodunda bir popülasyondaki gebelik oranı olarak tanımlanır (45, 93, 100).

#### 4.3.2. İnfertilitenin Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre Dünya'da infertilite oranı % 8 -12 arasında olup, Türkiye' de bu oran % 10-20 arasında değişmektedir (28). Ülkemizde 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) verilerine göre; gebe kalmayıp gebe kalması mümkün olmayan kadınların oranı % 9,4 olarak saptanmıştır (36). Genital enfeksiyonların yaygın olduğu gelişmekte olan ülkelerde ise primer infertilite oranları düşükken, sekonder infertilite daha fazladır (100).

### 4.3.3. İnfertilitenin Nedenleri

İnfertilite nedenleri % 40 kadından, % 40 erkekten, % 20 her ikisinden kaynaklanır. İnfertil çiftlerin yaklaşık % 10-20'si nedeni açıklanamayan infertiliteye sahiptir. Etiyolojisi belirlenememiş tipte çiftlerin 3-5 yıl içinde fertilitte şansı % 56'dır. 5 yıldan sonra bu oran % 30'a düşer. İnfertilite nedenleri arasında primer infertilite sebeplerinin % 55-75, sekonder infertilite sebeplerinin % 25-40 olduğu bildirilmiştir. İnfertilite kliniklerine başvuran çiftlerin % 70'inde organik bir köken saptanır (70).

**Tablo 3:** Erkek ve kadında infertilitenin nedenleri ve sıklığı

| Tanı  | Görülme Sıklığı<br>(Her 100 infertil olguda) |
|---|--|
| <b>Erkeklerde</b>   |  |
| Belirli neden yok   | 50   |
| Varikosel (skrotuma giden damarda genişleme)                          | 20   |
| Duktal enfeksiyon (epididimit)  | 15   |
| Testiküler yetmezlik (genellikle konjenital)                          | 10   |
| Oligospermi (az sayıda ve/veya düşük kaliteli sperm üretimi)          | 5  |
| <b>Kadınlarda</b>   |  |
| Belirli bir neden yok   | 20   |
| Bilateral tubal blokaj  | 30   |
| Ovulatuvar sorunlar   | 25   |
| Servikal faktörler  | 15   |
| Endokrin sorunlar<br>(hipofiz tümörleri ya da konjenital bozukluklar) | 10   |

Kaynak (100); Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: İnfertilite: Hizmetlerinin Düzenlemesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. (2000)

### 4.3.4. Fertilitteyi Etkileyen Faktörler

Fertilitte üzerinde etkisi olabilecek faktörlerin bir kısmı Tablo 4 de verilmiştir (100).

**Tablo 4:** Fertilitiyi etkileyen faktörler

| <b>Faktör</b>  | <b>Etkisi</b>   |
|--|---|
| <b>Kadının yaşı</b>                                    | İleri yaştaki (40'ın üzeri) kadınlarda gebe kalabilme süresi uzar.  |
| <b>Erkeğin yaşı</b>                                    | İlerleyen yaşla birlikte ilişki sıklığı azalır.   |
| <b>İlişki sıklığı</b>                                  | İlişki sıklığı ve gebelik oranları arasında pozitif bir korelasyon vardır.  |
| <b>İlişkinin zamanlaması</b>                           | Ovumun yalnızca 24-48 saat kadar yaşadığı kabul edildiğinden, ovulasyon döneminde ya da hemen sonraki cinsel ilişkide gebe kalma olasılığı yüksektir.   |
| <b>Kayganlaştırıcı maddeler</b>                        | Bazı lubrikanlar spermisit özelliği taşır ve kayganlaştırma amacıyla kullanıldıklarında gebeliği engelleyebilir.  |
| <b>Sigara/alkol</b>                                    | Bunlar sperm kalitesinde düşüklüğe neden olabilir. Uyuşturucu kullanımının ise sperm canlılığını ve sayısını düşürdüğü bildirilmektedir.  |
| <b>Ameliyat</b>  | Kadın ve erkeklerde üreme organları ile ilgili ve diğer pelvik ameliyatlara, anatomik değişiklikler ve sinirlerin zarar görmesi nedenleriyle fertilitiyi sorunları oluşabilir.                          |
| <b>Cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonları</b> | Gonore ve klamidya, pelvik enfeksiyona ve fertilitide sorunlara neden olan başlıca GYE. lerdir.   |
| <b>Diğer enfeksiyon hastalıkları</b>                   | Genital tüberküloz, kabakulak, orşit, postpartum ve postabortal enfeksiyonlar fertilitiyi azaltabilir.  |
| <b>İlaçlar ve toksinler</b>                            | Bazı ilaçlar (örn. antihipertansifler ve trankilizanlar) erkeklerde iktidarsızlığa neden olabilir. Diğerleri (kansere ilaçları, amibisitler) ise spermatogenezi ve over fonksiyonlarını engelleyebilir. |
| <b>Radyasyon</b>                                       | Radyasyon sonucu gonadal yetersizlik ortaya çıkabilir.  |

Kaynak (100); Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: İnfertilite: Hizmetlerinin Düzenlenmesi. T.C.

Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. (2000)

Fertilite çeşitli faktörlere bağlı olarak etkilenir. Yaş faktörü bunlar arasında en önemlilerinden birisidir ve yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma meydana gelmektedir. Yaşla birlikte overlerde folikül kalitesinde azalma olmakta, fertilize olan ovumun implantasyon şansı azalmaktadır. 15-24 yaş arasındaki kadınların % 4'ünde azalmış fekondebiliteye rastlanırken, bu oran 25-34 yaş arasında % 13'dür. 40 yaşındaki kadınların % 33'ü, 45 yaşındakilerin ise % 87'si infertildir (70). Yaşla birlikte kromozomal anomalilerin insidansı ve spontan abortus oranı artar.

Klinik olarak tanınabilen abortus oranı 30 yaşına kadar % 10 iken 30'lu yaşların sonunda % 18'e, 40'lı yaşların başında ise % 34'e çıkar. Ayrıca 30'lu yaşlara girildiğinde endometriyozis, pelvik infeksiyon gibi fertilitiyi etkileyebilecek bir takım hastalıkların görülme ihtimali de artar.

Çiftlerin doğurma yaşını bilerek geciktirmeleri, ilerleyen yaşla birlikte seksüel aktivitenin azalması da dolaylı olarak yaş faktörü içine dahil edilebilir. Yaş ilerledikçe çevresel olumsuz faktörlere maruz kalma ihtimali de artar. Bunlar fertilizasyon ve implantasyon ihtimalini de etkileyebilir (70).

Bazı bulgular son yıllarda infertilite oranlarında artma olduğunu göstermektedir. ABD'de 20-24 yaş grubundaki kadınlarda 1965'den beri infertilite oranında yaklaşık 3 kat artış bildirilmiştir. Bu durum tanı yöntemlerindeki gelişmelerle, infertilite tanısının ve nedenlerinin saptanmasının artması, potansiyel tedavi rejimlerinin çoğalması ve sigorta kampanyalarının bu müdahalelerin bazılarında artan ödemelerinin çoğalmasına bağlanmıştır (70).

Ayrıca evlilik yaşının ilerlemesi, dolayısıyla çocuk doğurma yaşının gecikmesi, intrauterin diyafram ve kontraseptiflerin kullanılması, cinsel yolla geçen hastalıkların artmasının da etkileri olduğu düşünülmüştür (70).

#### 4.3.5. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi

Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite, beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur (30). İnfertil çiftlerde üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damga yaratır ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır (70). Literatüre bakıldığında cinsellik ve infertilite arasında 4 çeşit ilişki göze çarpmaktadır (81).

1. Cinsel fonksiyon bozukluğu ve sonrasındaki kadın veya erkek infertilitesi
2. İnfertilite nedeniyle yapılan test ve tedavilerin cinsel fonksiyonlara etkisi
3. İnfertilitenin cinsel odaklanma ve çeşitli duygulara olan etkisi (suçluluk, aşağılık, saldırganlık, pasiflik) ve infertilite ile ilişkili stres, depresyon, anksiyete
4. Psikolojik ve cinsel etkileşimler.

İnfertilitenin ciddi bir psikolojik stres kaynağı olduğu ve cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. İnfertilite bozulmuş cinsel fonksiyonlar ile ilişkilidir ve bu durum çocuksuz geçen her yıl için artmaktadır. İnfertil erkeklerde cinsel fonksiyon bozuklukları daha belirgin olmasına rağmen cinsel problemlerin bayanlarda da yüksek oranlarda gözlemlendiği bilinmektedir. Özellikle toplumumuzda birçok evlilik için çocuk sahibi olma; evliliğin ve cinsel birleşmenin en önemli sonuçlarından biri olarak kabul görmektedir. Ailevi ve çevresel baskılar infertil çiftlerin çoğunda psikolojik problemlerin gelişmesine zemin hazırlarken diğer taraftan yardımcı üreme teknikleri ile tedavi edilen hastalarda psikolojik ve mali sıkıntılar bu tablonun pekişmesine veya hızlanmasına neden olur (67). İnfertilite hem erkek hem de kadın partnerde artmış anksiyete ve stres ile ilişkilidir. Çalışmalar infertilite ile ilişkili stresin evlilik sorunlarını artırdığını, cinsel özgüveni ve cinsel birleşme sıklığını azalttığını göstermiştir.

İnfertilite tedavisi aylar, hatta yıllar sürebildiğinden çiftin ilişkisini olumsuz etkileyebilmekte, en azından alışılmış biçiminin dışına çıkmaktadır (70). Seksün düzenli bir şekilde yapılma gereksinimi sonucu birçok çift seksi belirli zamanlarda yapılması



gereken mekanik bir olay olarak görmeye başlarlar. Böylece başarı ve başarısızlık seksten zevk almaktan çok bir çocuk üretmekle ölçülmektedir. Sonuç olarak, kendiliğinden oluşan seksin doğallığı ile oynanması firijidite, empotans, anorgazm gibi seksüel sorunlara neden olabilir (23). Bu konuyla ilgili olarak Droszol A, Skrzypulec V. (2008) tarafından Polonyalı infertil çiftlerde yaşam kalitesi ve seksüel fonksiyonlar adlı araştırmada 206 infertil çift, 190 fertil çift baz alınmış, bu kişilerde klinik seksüel disfonksiyon görülme oranı infertil kadınlarda % 17,5, fertil kadınlarda ise % 12,1 çıkmıştır. Erkeklerde klinik erektil disfonksiyon görülme oranı infertil erkeklerde % 23,9, fertil erkeklerde ise % 13,7'dir (26).

Öksüz ve arkadaşları (2006) tarafından kadınlar üzerinde yapılan çalışmada yaş, sigara, medeni durum, menopoz ve diyet ile cinsel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmış (29), Çayan ve arkadaşları'nın (2004) 179 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; sigara kullanımı, evlilik süresi, geçirilmiş pelvik operasyonlar ve kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisi saptanmazken; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, çalışmama, kronik hastalık öyküsü, çok sayıda doğum varlığı ve menopozun kadınlarda cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği bildirilmiştir (21). Tashbulatova (2007)'nin infertil kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada cinsel partner ve partnerin seksüel sorunları, çalışma hayatı, stres ve günlük yaşam sorunları gibi pek çok faktör kadın cinsel fonksiyonlarını dolaylı olarak etkilediği bulunmuştur. Çalışmada kadınların çalışmasının, eşinin sağlık probleminin olmamasının, uyumlu bir evliliğinin olmasının cinsel fonksiyona olumlu etki gösterdiği ve gelir düzeyinin azalması gibi etkenlerin ise cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği gösterilmiştir (95).

Eşler infertiliteye farklı tepkiler gösterebilmekte ve bu tepki infertilite nedeninin eşlerden hangisine ait olduğuna bağlı olarak da değişebilmektedir (33, 60). Özellikle kadının birinci planda cinsel obje ve üretkenlik simgesi olarak algılanma eğiliminin yaygın olduğu toplumlarda, infertilite ailesel, etik ve dini boyutlar kazanarak toplumsal bir olgu haline gelebilmektedir. Ülkemizde sık gördüğümüz bir görenek olan "kuma getirme" gibi yerleşmiş uygulamalar, infertilitenin psikososyal açıdan çok

boyutluluğuna ve toplumun kendi normları dahilinde, “ataerkil” bir tutumla, soruna getirdiği çözüme güzel bir örnek oluşturmaktadır (7).

Bir taraftan infertilitenin kendisi, diğer taraftan üreme yardımı için uygulanan tetkik ve tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, fiziksel ve emosyonel enerjisini tüketerek cinsel işlev bozukluğu, depresyon, kaygı ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olmaktadır (14, 37, 81, 105). Cinsel istekle ilgili yapılan çalışmalarda normal çiftler arasında kadınlar % 35 oranında cinsel isteksizlikten yakınmaktadırlar. Cinsel uyarılma problemleri ise toplumda kadınlarda % 11-48 oranında görülmektedir. Orgazm olamama kadınların % 30’unda bildirilmiştir (70). William Keye’ nin 500 kişi üzerinde yaptığı araştırma sonuçlarına göre infertil erkekler ve kadınlar, infertilite nedenlerinden dolayı bazı seksüel tatminsizlikler yaşamaktadırlar (23).

İnfertilitenin hem cinsel işlev hem de emosyonel durum ile ilişkisi iki yönlü gibi görünmektedir. Cinsel işlev bozuklukları bir taraftan infertil çiftlerin küçük bir bölümünde kadın ve erkek infertilitesinin asıl sebepleri olabilirken diğer taraftan ve büyük oranda infertilite ve tedavi uygulamaları sırasında gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (13, 81). Kaygı ve depresif semptomlar için de benzer durum söz konusu olup bu emosyonel sorunlar infertilitenin sebebi ya da sonucu olabilmektedir (33, 84). İnfertil kadınların, fertil kadınlara göre daha “depresif sendrom” özellikleri taşıdığı, infertil kadınlarda psikoz tanısına daha sık rastlandığı ve kişilik bozukluklarının daha sık olduğu ayrıca, infertil kadınlarda fertil olanlara göre intihar olgularının iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (7). İnfertil çiftlerin emosyonel cevap olarak gösterdikleri depresyon, seksüel isteklerde inhibisyona neden olabilir. Suçluluk, ikilem, gereksizlik hissi seksüel fonksiyonları durdurmakta veya seksüel başarısızlığa neden olmaktadır (23). Monga ve ark. yaptıkları çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen infertil bayan partnerlerin daha yüksek cinsel arzu ve cinsel birleşme skorları ifade ettikleri sonucuna varmışlardır (67). Bu durumun, sağlıklı bir cinsel birleşmeden ziyade, çocuk sahibi olmak için hissedilen mecburiyetin bir yansıması olabileceğine işaret etmişlerdir. Shindel ve ark. yaptıkları çalışmalarında, depresyon, erektil disfonksiyon ve cinsel ilişki problemlerinin infertil erkek partnerde daha baskın olduğunu rapor etmişlerdir (90). Bunun nedenlerinden

birisinin erkeklerdeki anksiyetenin cinsel performansla daha yakın ilişkili olmasıdır. İkincisi, infertilite nedeniyle hem kadının hem de erkeğin kimlik tehdidi yaşamasına rağmen, erkek kimliği ve erkeklik hissini cinsel performansla daha yakın ilişkili olmasıdır. Diğer taraftan çevresel beklentiler ve baskılarda cinsel performansı azaltır ve artmış cinsel stres ile sonuçlanır (77). Cinselliğin kadın ve erkek arasında gerçekleştirilen bir eylem olduğu düşünüldüğünde erkekteki cinsel memnuniyetsizliğin bayan partnerini de etkileyeceği bir gerçektir.

Bu nedenlerden dolayı, özellikle tedavi amacıyla başvuran infertil çiftlerle karşılaşıldığında çocuksuz olmanın psikoseksüel etkileri gözardı edilmemelidir (23).

#### **4.3.6. İnfertil Çifte Yaklaşımda Hemşirelik Bakımının Önemi**

İnfertilite, aile içinde hayal kırıklığına, suçluluk duygusunun yerleşmesine, eşlerin haksız yere birbirlerini suçlamalarına neden olmakta ve bunun sonucunda da evlilik bağları psikolojik bir baskı altına girmektedir. İnfertilite aile üyeleri için bir stres faktörüdür. Stres anında aileye danışmanlık ya da rehberlik yapabilecek kişiler ailenin destek kaynaklarını oluşturur. Aile, kendi destek sistemlerini geliştirinceye kadar gerekli desteğin sağlanması ve uygun çözüm yolları bulmalarına yardım edilmesi, hemşirenin en önemli rollerinden biridir (45, 79).

Fertilite problemi olan çiftlerin, tedavi süreci boyunca tanı aşamasından başlayarak, karar verme, sıkıntılardan mutluluğa geçme aşamalarının tümünde onlara yardımcı olabilmek çok sayıda değişik hemşirelik girişimleri gerektirir. Tedavi ile ilgili karar vermede hastaya yardım etmek, tedavinin sonuçlarına rağmen yaşamın ve kendinin başarılı yönleri üzerine odaklanmasını sağlamak, kişilerarası ilişkilerini geliştirmesi, sürdürmesini teşvik etmek gibi stratejilerin yürütülmesinde, devamında hemşireler anahtar rollere sahiptir (10). Ayrıca, hemşirelerin tıbbi bakımdaki rolü yanında, yardımcı üreme teknikleriyle tedavi gören çiftlerin eğitim ve emosyonel ihtiyaçlarını karşılayacak psikolojik destek ve danışman, koordinatör ve hasta hakları savunuculuğu rolleri de ön plana çıkmaktadır (73).

Hemşirenin aile danışmanlığındaki rolleri; sağlıklı aile içi ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesinde rehberlik, aile sağlığını etkileyen çevresel faktörlerin düzenlenmesine yardımcı olmak, ailenin kriz durumlarıyla baş etmelerini desteklemektir (20).

Hemşire, çiftlerin infertilite sebebini, hangi yaşam evresinde olduklarını ve emosyonel durumlarının kişisel değerlendirmesini yaptıktan sonra infertilite tedavi sırasında uygun bakımı sağlayacak girişimlerde bulunmalıdır. Hemşire çiftlerin karşılaştığı emosyonel sorunlar ve karar verme aşamasındaki zorluklar nedeniyle bakım planında danışman ve destekçi olarak yerini almak zorundadır. Hemşireler fertilitte tedavi hizmeti sağlayan multidisipliner ekiplerin anahtar üyeleridir (10, 73).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli:**

Araştırma, infertilite nedeniyle başvuran çiftlerde, cinsel yaşam üzerine etkisi olduğu düşünülen sosyo-demografik değişkenleri, infertiliteye ilişkin değişkenleri ve depresyonun etkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:**

Çalışma, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi'nde 29 Ocak– 07 Nisan 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama öncesinde İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek-7).

Ayrıca İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanlıkları'ndan da sözlü izin alınmıştır.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:**

Araştırmanın evrenini; İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi'ne başvuran infertil çiftler oluşturmuştur. Örneklem kapsamını ise;

1. Uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik değerlendirme sonucunda infertilite tanısı almış,
2. En az 6 aylık infertilite tedavi öyküleri olan,
3. Evli,
4. En az ilkokul mezunu,

5. Anamnezlerinde hayatı tehdit edecek kronik bir hastalık öyküsü olmayan,
6. İnfertilite tedavisinden önce psikiyatrik bir tanı almamış,
7. Çalışmaya katılma konusunda gönüllü, toplam 150 çift olmak üzere 300 birey oluşturmuştur.

#### **5.4. Verilerin Toplanması:**

Araştırmanın yapılacağı kurumdan çalışma için gerekli Etik Kurul izni (Ek-7) alındıktan sonra, 29 Ocak-07 Nisan 2009 tarihleri arasında hafta içi mesai saatleri arasında anket formuyla, ayrı bir odada, yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır.

Çalışma kapsamındaki bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için yazılı onamları alınmıştır (Ek-1). Verilerin doğru olarak elde edilebilmesi için, onam formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, her türlü bilginin gizli kalacağı açıklanmıştır.

Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla kaynakçada yer alan farklı literatürlerden yararlanarak hazırlanan aşağıda belirtilen formlar kullanılmıştır.

##### **5.4.1. Görüşme Formu:**

Görüşme formu, infertil çiftlerin sosyo-demografik özelliklerini, anamnez ve infertilite nedenlerine ilişkin verilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen bir formdur (Ek-2, 3), (38). Bu form hasta ile ilk tanışma sonrası araştırmacı tarafından Tüp Bebek Ünitesi'nde ayrı bir odada uygulanmıştır.

#### **5.4.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale-ASEX)**

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği 2000 yılında McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno ve Delgoda adlı araştırmacıların psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikler ve bozuklukları en uygun biçimde, kişiyi en az rahatsız edecek şekilde değerlendirmek amacıyla tasarladıkları bir ölçektir (61, 64). Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldururlar. 5 maddelik altılı likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlayan bir ölçektir. Kadın ve erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Yönergede, yapılan gün de dahil son bir haftanın değerlendirilmesi istenmektedir (64). Cinsel işlevleri, cinsel yönelim ve eşle olan ilişkiyi hariç tutarak değerlendirmeyi amaçlar. Çalışmada kullanılan formunda sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (vajinal lubrikasyon /penis sertleşmesi), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen sorular mevcuttur. Bu sorular günümüzde geçerli olan DSM-IV ve ICD-10 cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamaktadır. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla total skor 5'ten 30'a kadar değişir. Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken; yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir. Daha yüksek skor, daha çok cinsel işlev bozukluğuna işaret eder (16, 50).

Ölçek 2000 yılında çıkmış (64), 2004 yılında A. Soykan tarafından ülkemize uyarlanmıştır (92). Türkçe formunun güvenilirliği; Cronbach alfa iç tutarlılık hesaplanmasında 0.89 ve 0.90 olarak bulunmuş ve test-yeniden test güvenilirliği 0.88 olarak elde edilmiştir. Türkçe formunun geçerliliği; örtüştürücü geçerlilikte korelasyon katsayısı 0.53 olarak bulunmuş ve ROC analizinde 11 kesme puanının iyi düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu ve ölçüt geçerliliğini sağladığı bulunmuştur (6), (Ek-4, 5). Bizim çalışmamızın güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık hesaplanmasında 0.80 (n=300) olarak bulunmuştur.

### **5.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory-BDI)**

İnfertil çiftlerin depresyon yönünden risklerini belirlemek, depresif belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan bir ölçektir (Ek-6). 21 maddelik likert tipi kendi değerlendirmeli bir ölçektir. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişir (6, 9, 22). Her madde 0-3 arasında puan alır (6). Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalar arası farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir (95). Ölçek 1961 yılında geliştirilmiş, 1978'de gözden geçirilmiştir. Depresyon çalışmalarında en çok kullanılan ölçek olma özelliğine sahiptir (9). Ülkemizde N. Hisli tarafından 1988'de geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kesme puanı 17 olarak ele alınmıştır (40). Çalışmamızın güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık hesaplanmasında 0.84 (n=300) olarak bulunmuştur.

### **5.5. Verilerin Değerlendirilmesi:**

Verilerin değerlendirilmesi, bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Science) 15.0 for Windows istatistik paket programında: Yüzdeler, ortalama (X), standart sapma (SS),  $\chi^2$ =Chi-Square (Ki-Kare), Student-T, Fisher Exact Test uygulanmıştır.

Araştırma bulgularının analizinde olguların tanıtıcı özellikleri ile kadın ve erkek infertil olgular arasındaki farkın belirlenmesinde  $\chi^2$ =Chi-Square (Ki-Kare) ve Mann-Whitney Test kullanılmıştır. Ölçülebilir verilerimizde ortalama (X), standart sapma (SS) ile birlikte verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş, normal dağılıma uyan, iki gruplu verilerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t) kullanılmıştır.

### **5.6. Araştırmanın Etik Yönü:**

1. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulundan araştırmanın uygulanması için gerekli yazılı yasal izin alındı (Ek-7).



2. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanlığı tarafından sözlü izin alındı.
3. Araştırmaya katılan gönüllü kişilerin sadece bilgilendirilmiş onam formuna adı soyadı alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ad ve soyadları geçmemektedir.
4. Araştırmanın yapıldığı kurumun talebi doğrultusunda araştırmanın sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirilmesi amacıyla geri bildirimde bulunmasına karar verildi.

### **5.7. Tezin Yürütülmesinde İş Birliği Yapılan Yerler ve Kişiler**

**Yerler:** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi.

**Kişiler:** Araştırma yapılan Tıp Fakültesi'nin Tüp Bebek Ünitesi'ndeki hemşireler, asistanlar, profesörler ve diğer sağlık personeli.

### **5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, verilerin toplanacağı İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi ile sınırlıdır.

### **5.9. Araştırmanın Varsayımları**

1. İnfertilite nedeni ile başvuran çiftlerde sosyo-demografik değişkenler cinsel yaşam üzerine olumsuz etki yapabilir.
2. İnfertilite cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir.
3. İnfertil çiftlerde depresyon gelişebilir ve bu durum cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir.

## **5.10. Araştırmanın Yapılması Sırasında Karşılaşılan Durumlar**

### ***Olumlu Durumlar;***

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sezai Şahmay'ın anketlerin uygulanması için kullanılmayan boş bir odayı kullanıma açması ve burada çalışan sağlık ekibi üyelerinin verilerin toplanmasında işbirlikçi bir yaklaşım içinde olması çalışmanın yürütülmesine yardımcı olmuştur.

### ***Olumsuz Durumlar;***

\* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi'ne gelen kadınların çoğu tek gelmekte, eşleri sadece sperm örneği vereceği zaman gelmektedir. Çalışmamızda infertil çiftlere yapıldığından çiftleri bir arada bulup anketin uygulanması zaman kaybettirdi.

\* İnfertil çiftlerin cinsel yaşamlarını mahrem kabul etmelerinden dolayı bu konuları konuşmak istememeleri anketleri doldurmayı güçleştirdi.

## 6. BULGULAR

İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanan çalışmamız, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi'ne başvuran, en az 6 aylık infertilite tedavi öyküleri olan, katılmaya istekli 150 infertil çift üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular üç bölüm halinde ele alınmıştır:

- ❖ Birinci bölümde; infertil çiftlerin tanıtıcı özelliklerini içeren veriler,
- ❖ İkinci bölümde; infertil çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar ile çiftlerin tanıtıcı özelliklerinin cinsel yaşam üzerine etkilerine ilişkin veriler,
- ❖ Üçüncü bölümde; infertil çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon düzeyleri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile karşılaştırılmasını içeren veriler sunulmuştur.

### 6.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan infertil çiftlerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular, obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımları ve infertilite öyküsüne ilişkin bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

#### 6.1.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çiftlerin yaş grupları, eğitim durumları, beden kitle indeksleri (BMI), yaşadığı yer, aile biçimleri, meslekleri, çalışma durumları, sosyo-ekonomik düzeyleri, tedavi masrafını karşılama şekilleri, evlilik ile ilgili özellikleri (evlilik sayısı

ve süresi, diğer evliliklerinden çocuk varlığı, evlat edinme düşünceleri, eşiyile ilgili düşünceleri), sigara, alkol ve ilaç kullanım durumları tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 1: İnfertil Çiftlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları**

| Yaş            | Kadın      |              | Erkek      |              | Toplam     |              |                               |
|----------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------------------|
|                | n          | %            | n          | %            | n          | %            |                               |
| 25 yaş ve altı | 23         | 15,3         | 5          | 3,3          | 28         | 9,3          | $\chi^2=19,571$<br>$p= 0,000$ |
| 26-35 yaş      | 97         | 64,7         | 97         | 64,7         | 194        | 64,7         |                               |
| 36-45 yaş      | 30         | 20,0         | 42         | 28,0         | 72         | 24,0         |                               |
| 46 yaş ve üstü | 0          | 0,0          | 6          | 4,0          | 6          | 2,0          |                               |
| <b>Toplam</b>  | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                               |

$\chi^2 = Chi-Square (Ki-Kare)$

İnfertil çiftlerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 1); kadınların % 15,3'ünün 25 yaş ve altı, % 64,7'sinin 26-35 yaş arası, % 20'sinin ise 36-45 yaş arası olduğu bulunmuştur. Erkeklerin % 3,3'ünün 25 yaş altı, % 64,7'sinin 26-35 yaş arası, % 28'inin 36-45 yaş arası, % 4'ünün ise 46 yaş üzeri olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 30,85±5,02, erkeklerin yaş ortalaması ise 33,82±5,49 olarak saptanmıştır.

İnfertil çiftler yaşları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

**Tablo 2: İnfertil Çiftlerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları**

| Eğitim Durumu | Kadın      |              | Erkek      |              | Toplam     |              | $\chi^2=16,358$<br>p= 0,000 |
|---------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------------------------|
|               | n          | %            | n          | %            | n          | %            |                             |
| İlkokul       | 74         | 49,3         | 40         | 26,7         | 114        | 38,0         |                             |
| Ortaöğretim   | 46         | 30,7         | 67         | 44,6         | 113        | 37,7         |                             |
| Yükseköğretim | 30         | 20,0         | 43         | 28,7         | 73         | 24,3         |                             |
| <b>Toplam</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                             |

$\chi^2 = Chi-Square (Ki-Kare)$

Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumları incelendiğinde; % 49,3'ü ilkokul, % 30,7'si ortaöğretim, % 20'si ise yükseköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Erkeklerin ise; % 26,7'si ilkokul, % 4,6'sı ortaöğretim, % 28,7'si yükseköğretim mezunu idi (Tablo 2).

İnfertil çiftler eğitim düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,001).

**Tablo 3: İnfertil Çiftlerin Beden Kitle İndeksine (BMI) Göre Dağılımları**

| BMI                               | Kadın      |              | Erkek      |              | Toplam     |              | $\chi^2=13,957$<br>p= 0,007 |
|-----------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------------------------|
|                                   | n          | %            | n          | %            | n          | %            |                             |
| Zayıf                             | 4          | 2,7          | 0          | 0,0          | 4          | 1,3          |                             |
| Normal kilolu                     | 74         | 49,3         | 49         | 32,7         | 123        | 41,0         |                             |
| Hafif şişman                      | 56         | 37,3         | 79         | 52,7         | 135        | 45,0         |                             |
| Orta derecede şişman (1.derecede) | 14         | 9,3          | 19         | 12,6         | 33         | 11,0         |                             |
| Ağır derecede şişman (2.derecede) | 2          | 1,4          | 3          | 2,0          | 5          | 1,7          |                             |
| <b>Toplam</b>                     | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                             |

$\chi^2 = Chi-Square (Ki-Kare)$

İnfertil çiftlerin beden kitle indeksine (BMI) göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 3); kadınların % 2,7'si zayıf, % 49,3'ü normal kilolu, % 37,3'ü hafif şişman, % 9,3'ü orta derecede şişman, % 1,4'ü ağır derecede şişman olduğu saptanmıştır.

Erkeklerin ise % 32,7'si normal kilolu, % 52,7'si hafif şişman, % 12,6'sı orta derecede şişman, % 2'si ağır derecede şişman olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların kilo ortalaması 66,17±10,56, erkeklerin kilo ortalaması 81,20±11,95 olarak saptanmıştır.

İnfertil çiftler kiloları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

**Tablo 4: İnfertil Çiftlerin Yaşadığı Yere ve Aile Biçimine Göre Dağılımları**

| Yaşadığı Yer       | Kadın(N=150) |      |
|--------------------|--------------|------|
|                    | n            | %    |
| Şehir merkezi      | 134          | 89,3 |
| Kırsal bölge       | 16           | 10,7 |
| <b>Aile Biçimi</b> |              |      |
| Çekirdek aile      | 119          | 79,3 |
| Geniş aile         | 31           | 20,7 |

Çalışmaya katılan çiftlerin; % 89,3'ü şehir merkezinde, % 10,7'si kırsal bölgede yaşamakta idi (Tablo 4). Çiftlerin % 79,3'nün çekirdek aileye, % 20,7'sinin geniş aileye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 5: İnfertil Çiftlerin Meslek ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları**

| <b>Meslek</b>         | <b>Kadın</b> |              | <b>Erkek</b> |              | <b>Toplam</b> |              |                                 |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|
|                       | <b>n</b>     | <b>%</b>     | <b>n</b>     | <b>%</b>     | <b>n</b>      | <b>%</b>     |                                 |
| Serbest Meslek        | 17           | 11,3         | 59           | 39,3         | 76            | 25,3         | $\chi^2= 152,639$<br>$p= 0,000$ |
| Ev hanımı             | 101          | 67,3         | -            | -            | 101           | 33,7         |                                 |
| İşçi                  | 22           | 14,7         | 66           | 44,0         | 88            | 29,3         |                                 |
| Memur                 | 10           | 6,7          | 25           | 16,7         | 35            | 11,7         |                                 |
| <b>Toplam</b>         | <b>150</b>   | <b>100,0</b> | <b>150</b>   | <b>100,0</b> | <b>300</b>    | <b>100,0</b> |                                 |
| <b>Çalışma Durumu</b> | <b>Kadın</b> |              | <b>Erkek</b> |              | <b>Toplam</b> |              |                                 |
|                       | <b>n</b>     | <b>%</b>     | <b>n</b>     | <b>%</b>     | <b>n</b>      | <b>%</b>     |                                 |
| Çalışıyor             | 42           | 28,0         | 126          | 84,0         | 168           | 56,0         | <b>Fisher</b><br>$p=0,000$      |
| Çalışmıyor            | 108          | 72,0         | 24           | 16,0         | 132           | 44,0         |                                 |
| <b>Toplam</b>         | <b>150</b>   | <b>100,0</b> | <b>150</b>   | <b>100,0</b> | <b>300</b>    | <b>100,0</b> |                                 |

$\chi^2 = Chi-Square (Ki-Kare)$

İnfertil çiftlerin meslek ve çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 5); kadınların % 11,3'ü serbest meslek, % 67,3'ü ev hanımı, % 14,7'si işçi, % 6,7'si memur, erkeklerin ise % 39,3'ü serbest meslek, % 44'ü işçi, % 16,7'si memur olduğu saptanmıştır. Kadınların % 28'inin çalıştığı, % 72'sinin çalışmadığı, erkeklerin % 84' ünün çalıştığı, % 16'sının ise çalışmadığı saptanmıştır.

İnfertil çiftler meslek ve çalışma durumları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

**Tablo 6: İnfertil Çiftlerin Sosyo-Ekonomik Düzey ve Tedavi Masrafını Karşılama Durumuna Göre Dağılımları**

| Sosyo-Ekonomik Düzey                          | Kadın(N=150) |      |
|---|--------------|------|
|   | n            | %    |
| Kötü  | 10           | 6,7  |
| Orta  | 106          | 70,7 |
| İyi   | 34           | 22,6 |
| <b>Tedavi Masrafını Karşılama</b>             |              |      |
| Kendim  | 10           | 6,7  |
| Sosyal güvence                                | 11           | 7,3  |
| Bir kısmını kendi, bir kısmını sosyal güvence | 122          | 81,3 |
| Aile yakınları                                | 7            | 4,7  |

Tablo 6’da infertil çiftlerin sosyo-ekonomik düzey ve tedavi masrafını karşılama durumuna göre dağılımı sunulmuştur.

İnfertil çiftlerin % 6,7’sinin sosyo-ekonomik durumlarının kötü, % 70,7’sinin orta, % 22,6’sının iyi olduğu saptanmıştır.

İnfertil çiftlerin % 6,7’sinin tedavi masraflarını kendi karşıladığı, % 7,3’ünün sosyal güvencelerinin karşıladığı, % 81,3’ünün bir kısmını kendi, bir kısmını sosyal güvencelerinin karşıladığı, % 4,7’sinin ise tedavi masraflarını aile yakınlarının karşıladığı belirlenmiştir.



**Tablo 7: İnfertil Çiftlerin Evlilik İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları**

| Evlilik Sayısı                | Kadın      |              | Erkek      |              | Toplam     |              |                            |
|-------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|----------------------------|
|                               | n          | %            | n          | %            | n          | %            |                            |
| Birinci                       | 143        | 95,3         | 138        | 92,0         | 281        | 93,7         | Fisher<br>p=0,172          |
| İkinci                        | 7          | 4,7          | 12         | 8,0          | 19         | 6,3          |                            |
| <b>Toplam</b>                 | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                            |
| <b>Diğer Evlilikten Çocuk</b> |            |              |            |              |            |              |                            |
| Var                           | 1          | 14,3         | 4          | 33,3         | 5          | 26,3         | Fisher<br>p=0,366          |
| Yok                           | 6          | 85,7         | 8          | 66,7         | 14         | 73,7         |                            |
| <b>Toplam</b>                 | <b>7</b>   | <b>100,0</b> | <b>12</b>  | <b>100,0</b> | <b>19</b>  | <b>100,0</b> |                            |
| <b>Evlat Edinme Düşüncesi</b> |            |              |            |              |            |              |                            |
| Evet                          | 40         | 26,7         | 30         | 20,0         | 70         | 23,3         | $\chi^2=6,068$<br>p=0,048  |
| Hayır                         | 68         | 45,3         | 58         | 38,7         | 126        | 42,0         |                            |
| Emin değil                    | 42         | 28,0         | 62         | 41,3         | 104        | 34,7         |                            |
| <b>Toplam</b>                 | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                            |
| <b>Eşle İlgili Düşünce</b>    |            |              |            |              |            |              |                            |
| Çok seviyorum                 | 88         | 58,6         | 124        | 82,7         | 212        | 70,7         | $\chi^2=21,278$<br>p=0,000 |
| Seviyorum                     | 55         | 36,7         | 24         | 16,0         | 79         | 26,3         |                            |
| Anlaşamıyoruz                 | 6          | 4,0          | 2          | 1,3          | 8          | 2,7          |                            |
| Kardeş gibiyiz                | 1          | 0,7          | 0          | 0,0          | 1          | 0,3          |                            |
| <b>Toplam</b>                 | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                            |
| <b>Evlilik Süresi</b>         |            |              |            |              |            |              |                            |
|                               | n          | %            |            |              |            |              |                            |
| 5 yıl ve altı                 | 71         | 47,3         |            |              |            |              |                            |
| 6 -10 yıl arası               | 53         | 35,3         |            |              |            |              |                            |
| 11-19 yıl arası               | 24         | 16,0         |            |              |            |              |                            |
| 20 yıl ve üstü                | 2          | 1,4          |            |              |            |              |                            |
| <b>Toplam</b>                 | <b>150</b> | <b>300,0</b> |            |              |            |              |                            |

$\chi^2 = \text{Chi-Square (Ki-Kare)}$

Kadınların % 95,3'ünün bir, % 4,7'sinin iki evlilik yaptığı, erkeklerin ise % 92'sinin bir, % 8'inin ise iki evlilik yaptığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Araştırmaya katılan kadınların % 14,3'ünün, erkeklerin % 33,3'ünün diğer evlilikten çocuğunun olduğu saptanmıştır (Tablo 7). İnfertil çiftler arasında evlilik sayıları ve diğer evlilikten çocuk olması bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

İnfertil çiftlerin evlat edinme düşüncesi incelendiğinde (Tablo 7); kadınların % 26,7'sinin evlat edinmeyi düşündüğü, % 45,3'ünün düşünmediği, % 28'inin emin olmadığı, erkeklerin ise % 20'sinin evlat edinmeyi düşündüğü, % 38,7'sinin düşünmediği, % 41,3'ünün emin olmadığı saptanmıştır. Evlat edinme düşüncesi bakımından infertil çiftler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kadınların % 58,6'sının eşlerini çok sevdiği, % 36,7'sinin eşlerini sevdiği, % 4'ünün eşleriyle anlaşamadığı, % 0,7'sinin eşleriyle kardeş gibi oldukları, erkeklerde ise; % 82,7'sinin eşlerini çok sevdiği, % 16'sının eşlerini sevdiği, %1,3'ünün eşleriyle anlaşamadığı bulunmuştur. Eşle ilgili düşünce bakımından infertil çiftler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 7).

İnfertil çiftlerin evlilik süreleri incelendiğinde (Tablo 7); % 47,3'ü 5 yıl ve altı yıl, % 35,3'ü 6-10 yıl arası, % 16'sı 11-19 yıl arası, % 1,4'ü 20 yıl ve üstü evli oldukları saptanmıştır. Ortalama evlilik süreleri  $6,64\pm 4,33$  yıl olarak bulunmuştur.

**Tablo 8: İnfertil Çiftlerin Kişisel Alışkanlıklar İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları**

| Sigara Kullanımı               | Kadın      |              | Erkek      |              | Toplam     |              |                   |
|--------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|
|                                | n          | %            | n          | %            | n          | %            |                   |
| Hayır                          | 113        | 75,3         | 83         | 55,3         | 196        | 65,3         | Fisher<br>p=0,000 |
| Evet                           | 37         | 24,7         | 67         | 44,7         | 104        | 34,7         |                   |
| <b>Toplam</b>                  | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                   |
| <b>Sigara Kullanım Miktarı</b> |            |              |            |              |            |              |                   |
| 10 adet ve altı                | 31         | 83,8         | 29         | 43,3         | 60         | 57,7         | Fisher<br>p=0,000 |
| 11-20 adet                     | 6          | 16,2         | 38         | 56,7         | 44         | 42,3         |                   |
| <b>Toplam</b>                  | <b>37</b>  | <b>100,0</b> | <b>67</b>  | <b>100,0</b> | <b>104</b> | <b>100,0</b> |                   |
| <b>Alkol Kullanımı</b>         |            |              |            |              |            |              |                   |
| Hayır                          | 147        | 98,0         | 125        | 83,3         | 272        | 90,7         | Fisher<br>p=0,000 |
| Evet                           | 3          | 2,0          | 25         | 16,7         | 28         | 9,3          |                   |
| <b>Toplam</b>                  | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                   |
| <b>İlaç Kullanımı</b>          |            |              |            |              |            |              |                   |
| Hayır                          | 134        | 89,3         | 136        | 90,7         | 270        | 90,0         | Fisher<br>p=0,424 |
| Evet                           | 16         | 10,7         | 14         | 9,3          | 30         | 10,0         |                   |
| <b>Toplam</b>                  | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                   |

$\chi^2 = \text{Chi-Square (Ki-Kare)}$

İnfertil çiftlerin sigara kullanımı incelendiğinde (Tablo 8); kadınların % 24,7'sinin, erkeklerin % 44,7'sinin sigara kullandığı saptanmıştır. İnfertil çiftler sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). İnfertil kadınların % 83,8'i, erkeklerin ise % 43,3'ü 10 adet ve altı sigara kullanırken, kadınların % 16,2'si, erkeklerin % 56,7'si 11-20 adet arası sigara kullanmakta idi. Sigara kullanım miktarı açısından, infertil çiftler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

İnfertil çiftlerin alkol kullanımına bakıldığında (Tablo 8); kadınların % 98'inin alkol kullanmadığı, % 2'si kullandığı, erkeklerin % 83,3'ü alkol kullanmadığı, % 16,7'si alkol kullandığı saptanmıştır. Alkol kullanımı bakımından, infertil çiftler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

İnfertil çiftler arasında ilaç kullanımı incelendiğinde (Tablo 8); kadınların % 89,3'ü ilaç kullanmamakta, % 10,7'si (n=16) (1 kişi hiperprolaktinemi için, 1 kişi antiallerjik, 1 kişi antidiyabetik, 1 kişi hem tiroid hemde antidiyabetik, 1 kişi vitamin, 2 kişi menstrüasyon görebilmek için, 3 kişi mide koruyucu, 6 kişi tiroid için) kullanmakta, erkeklerin ise % 90,7'si ilaç kullanmamakta iken % 9,3'ü (n=14) ilaç (1 kişi kalsiyum, 1 kişi antidepresan, 1 kişi analjezik, 2 kişi kolesterol, 2 kişi tiroid için, 2 kişi kortikosteroid, 2 kişi mide koruyucu, 3 kişi antidiyabetik) kullanmaktadır. İlaç alışkanlığı açısından infertil çiftler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

### 6.1.2. Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların gebelik, düşük, yaşayan çocuk ve ameliyat öyküsüne ilişkin özellikleri tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 9: Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımları**

| Gebelik Öyküsü                 | Kadın(N=150) |      |
|--------------------------------|--------------|------|
|                                | n            | %    |
| Evet                           | 40           | 26,6 |
| Hayır                          | 110          | 73,4 |
| <b>Düşük Öyküsü</b>            |              |      |
| Evet                           | 34           | 22,6 |
| Hayır                          | 116          | 77,4 |
| <b>Yaşayan Çocuk</b>           |              |      |
| Var                            | 7            | 4,6  |
| Yok                            | 143          | 95,4 |
| <b>Ameliyat Geçirme Öyküsü</b> |              |      |
| Ürojinekolojik ameliyat        | 37           | 56,0 |
| Batın ameliyatı                | 11           | 16,6 |
| Diğer                          | 18           | 27,4 |

Araştırmaya katılan kadınların % 26,6'sının gebelik öyküsünün olduğu, % 22,6'sının düşük öyküsü olduğu, % 4,6'sının yaşayan çocuklarının (bir çiftin ikiz çocuğu vardır) olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Kadınların % 56'sı ürojinekolojik, % 16,6'sı batın ameliyatı, % 27,4'ü ise diğer ameliyat (treidektomi, burun ameliyatı, bel fıtığı ameliyatı vs.) geçirmişlerdir (Tablo 9).

### 6.1.3. İnfertil Çiftlerin İnfertilite İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde infertil bireylerin infertilite sonucunda eşin tutumunda değişim, eşin ailesinden çocuk sahibi olamamaya tepki, infertilite nedenleri, infertilite süresi, tedavi süresi, tüp bebek deneme sayılarına göre dağılımları tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 10: İnfertil Çiftlerin İnfertilite İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları**

| Eşinin Tutumunda Değişme  | Kadın      |              | Erkek      |              | Toplam     |              |                             |
|---------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------------------------|
|                           | n          | %            | n          | %            | n          | %            |                             |
| Yok                       | 136        | 90,7         | 118        | 78,7         | 254        | 84,6         | $\chi^2=17,015$<br>p= 0,000 |
| Olumlu                    | 2          | 1,3          | 21         | 14,0         | 23         | 7,7          |                             |
| Olumsuz                   | 12         | 8,0          | 11         | 7,3          | 23         | 7,7          |                             |
| <b>Toplam</b>             | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                             |
| Eşin Ailesinin Tepkisi    |            |              |            |              |            |              |                             |
| Yok                       | 98         | 65,3         | 104        | 69,3         | 202        | 67,3         | $\chi^2= 5,361$<br>p= 0,069 |
| Anlayışlı ve destekleyici | 34         | 22,7         | 39         | 26,0         | 73         | 24,3         |                             |
| Eleştirel ve küçümseyici  | 18         | 12,0         | 7          | 4,7          | 25         | 8,4          |                             |
| <b>Toplam</b>             | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                             |

$\chi^2 = Chi-Square (Ki-Kare)$

İnfertil çiftlerin çocuk olmadığından dolayı eşinin tutumunda bir değişiklik olup olmadığına karşı verdiği cevaplar irdelendiğinde (Tablo 10); kadınların % 90,7'si, erkeklerin % 78,7'si eşlerinden bir tepki görmediklerini, kadınların % 1,3'ü, erkeklerin % 14'ü olumlu tepki, kadınların % 8'i, erkeklerin % 7,3'ünün olumsuz tepki gördükleri saptanmıştır. İnfertil çiftler arasında çocuğu olmadığından dolayı eşinin tutumunda değişme açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

İnfertil çiftlere, infertiliteye eşinin ailesinden gösterilen tepki sorulduğunda (Tablo 10); kadınların % 65,3'ü eşinin ailesinden tepki görmediğini, % 22,7'si anlayışlı ve destekleyici, % 12'si eleştirel ve küçümseyici, erkeklerin ise % 69,3'ü eşinin ailesinden tepki görmediğini, % 26'sı anlayışlı ve destekleyici, % 4,7'si eleştirel ve küçümseyici tarzda tepki gördüğünü bildirmiştir. İnfertil çiftler arasında eşin ailesinden tepki açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11: Kadınların İnfertilite Nedeni, İnfertilite Süresi, Tedavi Süresi ve Tüp Bebek Deneme Sayısı Özelliklerine Göre Dağılımları**

| İnfertilite Nedeni | Kadın(N=150) |              |
|--------------------|--------------|--------------|
|                    | n            | %            |
| Nedeni belli değil | 49           | 32,7         |
| Eşim               | 53           | 35,3         |
| Kendim             | 37           | 24,7         |
| Her ikimizden      | 11           | 7,3          |
| <b>Toplam</b>      | <b>150</b>   | <b>100,0</b> |
| İnfertilite Süresi |              |              |
| 5 yıl ve altı      | 82           | 54,7         |
| 6-10 yıl arası     | 46           | 30,7         |
| 11-15 yıl arası    | 14           | 9,3          |
| 16 yıl ve üstü     | 8            | 5,3          |
| <b>Toplam</b>      | <b>150</b>   | <b>100,0</b> |
| Tedavi Süresi      |              |              |
| 4 yıl ve altı      | 103          | 68,6         |
| 5-9 yıl ve arası   | 37           | 24,7         |
| 10-14 yıl arası    | 7            | 4,7          |
| 15 yıl ve üstü     | 3            | 2,0          |
| <b>Toplam</b>      | <b>150</b>   | <b>100,0</b> |

| <b>Tüp Bebek Deneme Sayısı</b> |            |              |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Birinci                        | 115        | 76,7         |
| İkinci                         | 17         | 11,3         |
| Üç ve üzeri                    | 18         | 12,0         |
| <b>Toplam</b>                  | <b>150</b> | <b>100,0</b> |

Araştırmaya katılan kadınların % 32,7'si infertilite nedeninin belli olmadığını, % 35,3'ü eşinden kaynaklandığını, % 24,7'si kendisinden kaynaklandığını, % 7,3'ü her ikisinden kaynaklandığını ifade etmiştir (Tablo 11).

İnfertil çiftlerin infertilite süresi incelendiğinde (Tablo 11); % 54,7'sinin 5 yıl ve altında, % 30,7'sinin 6-10 yıl arasında, % 9,3'ünün 11-15 yıl arasında, % 5,3'ünün ise 16 yıl ve üzerinde çocuğunun olmadığı saptanmıştır. Ortalama infertilite süresi ise  $6,05 \pm 4,35$  yıl olarak belirlenmiştir.

İnfertil çiftlerin % 68,6'sının 6 ay ile 4 yıl arası, % 24,7'sinin 5-9 yıl arasında, % 4,7'sinin 10-14 yıl arasında, % 2'sinin ise 15 yıl ve üzerinde tedavi gördükleri belirlenmiştir. Ortalama tedavi süreleri ise  $3,61 \pm 3,20$  yıl olarak saptanmıştır (Tablo 11).

İnfertil çiftlerin % 76,7'sinin ilk, % 11,3'ünün ikinci, % 18'inin üç ve üzeri tüp bebek denedikleri saptanmıştır. 2 ve daha fazla tüp bebek denemelerinin (88 deneme) % 8'i pozitif, % 92'si negatifle sonuçlanmıştır (Tablo 11).

## **6.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne Verdikleri Yanıtlar İle Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerine İlişkin Veriler**

Bu bölümde çalışmaya katılan olguların; Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) puan değerlerinin sosyo-demografik özellikler ve infertilite ile ilgili özelliklere göre dağılımları verilmiştir.

**Tablo 12: İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları**

| Cinsiyet      | 10 puan ≤  |            | 11 puan ≥  |              | Fisher<br>p=0,000 |
|---------------|------------|------------|------------|--------------|-------------------|
|               | n          | %          | n          | %            |                   |
| <b>Kadın</b>  | 36         | 23,7       | 114        | 77,0         |                   |
| <b>Erkek</b>  | 116        | 76,3       | 34         | 23,0         |                   |
| <b>Toplam</b> | <b>152</b> | <b>100</b> | <b>148</b> | <b>100,0</b> |                   |

İnfertil çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanlarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 12); kadınların % 23,7'sinin, erkeklerin % 76,3'ünün 10 puan ve altı olarak cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşamadığı, kadınların % 77'sinin, erkeklerin % 23'ünün 11 puan ve üstü olarak cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların ortalama ACYÖ puanı 13,20±3,96, erkeklerin puanı 9,28±2,97 olarak saptanmıştır. İnfertil çiftler arasında cinsel işlev bozukluğu varlığı açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

**Tablo 13: İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Sorularına Göre Puan Ortalamaları**

|                                 | Kadın |      | Erkek |      | t    | p     |
|---------------------------------|-------|------|-------|------|------|-------|
|                                 | Ort   | S.S. | Ort   | S.S. |      |       |
| <b>ACYÖ 1</b> Cinsel İstek      | 2,49  | 0,97 | 1,79  | 0,87 | 6,53 | 0,000 |
| <b>ACYÖ 2</b> Uyarılma          | 2,89  | 1,14 | 1,95  | 0,89 | 7,89 | 0,000 |
| <b>ACYÖ 3</b> İslanma/sertleşme | 2,64  | 1,09 | 1,90  | 0,97 | 6,17 | 0,000 |
| <b>ACYÖ4</b> Orgazm             | 3,10  | 1,14 | 2,00  | 0,90 | 9,23 | 0,000 |
| <b>ACYÖ5</b> Orgazm tatmin      | 2,08  | 1,09 | 1,62  | 0,82 | 4,16 | 0,000 |
| <b>ACYÖ Toplam</b>              | 13,20 | 3,95 | 9,28  | 2,97 | 9,69 | 0,000 |

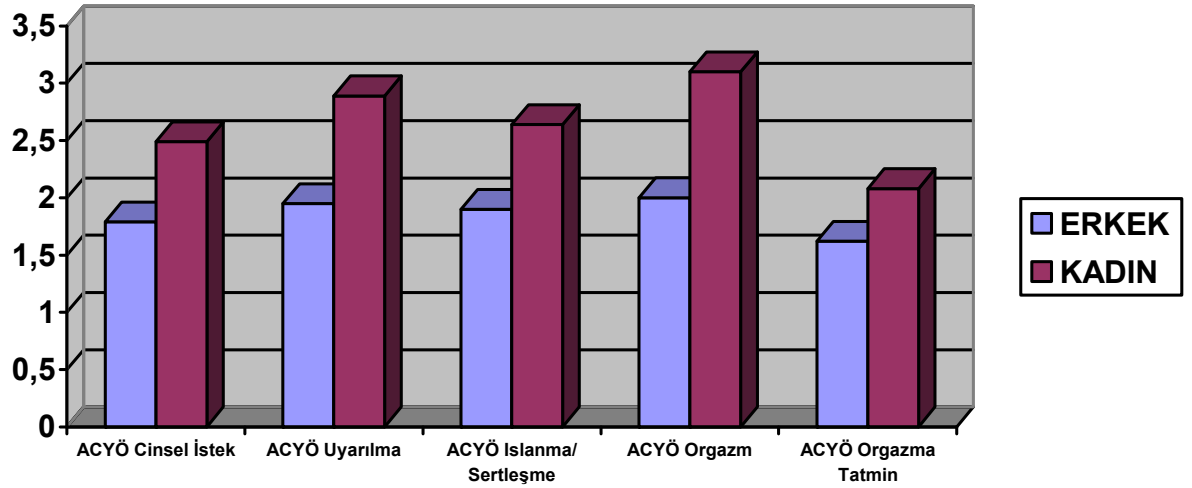
t= Student t test

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nin cinsiyete göre alt gruplarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 13); ACYÖ1 (Cinsel istek)'e göre kadınlar ortalama 2,49±0,97 puan, erkekler 1,79±0,87 puan olarak aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı (p<0,001) fark bulunmuş; ACYÖ2 (Uyarılma)'e göre kadınlar



ortalama  $2,89 \pm 1,14$  puan, erkekler  $1,95 \pm 0,89$  puan olarak aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ( $p < 0,001$ ) fark bulunmuş; ACYÖ3 (İslanma/ sertleşme)'e göre kadınlar ortalama  $2,64 \pm 1,09$  puan, erkekler  $1,90 \pm 0,97$  puan olarak aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ( $p < 0,001$ ) fark bulunmuş; ACYÖ4 (Orgazm)'e göre kadınlar ortalama  $3,10 \pm 1,14$  puan, erkekler  $2,00 \pm 0,90$  puan olarak aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ( $p < 0,001$ ) fark bulunmuş; ACYÖ5 (Orgazm tatmin)'e göre kadınlar ortalama  $2,08 \pm 1,09$  puan, erkekler  $1,62 \pm 0,82$  puan olarak aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ( $p < 0,001$ ) fark bulunmuştur.

**Grafik 1: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Skorlarının Gruplara Göre Dağılımı**



### 6.2.1. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde çiftlerin yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyo-ekonomik düzeyleri ve evlilik süreleri Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile karşılaştırılarak tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 14: Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Yaş Gruplarına Göre Dağılımları**

| Yaş           | 10 puan ≤ |              | 11 puan ≥  |              | Toplam     |              |                               |
|---------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------------------|
|               | n         | %            | n          | %            | n          | %            |                               |
| 25 yaş ≤      | 6         | 16,7         | 17         | 14,9         | 23         | 15,3         | $\chi^2= 0,067$<br>$p= 0,967$ |
| 26-35 yaş     | 23        | 63,9         | 74         | 64,9         | 97         | 64,7         |                               |
| 36-45 yaş     | 7         | 19,4         | 23         | 20,2         | 30         | 20,0         |                               |
| <b>Toplam</b> | <b>36</b> | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                               |

$\chi^2 =$  Chi-Square (Ki-Kare)

Kadınların ACYÖ puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 14); cinsel işlev bozukluğu olanların % 14,9'unun 25 yaş ve altı, % 64,9'unun 26-35 yaş arası, % 20,2'sinin 36-45 yaş arası olduğu bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu olmayan olguların % 16,7'sinin 25 yaş ve altı, % 63,9'unun 26-35 yaş arası, % 19,4'ünün 36-45 yaş arası olduğu saptanmıştır.

Kadınların ACYÖ puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15: Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Yaş Gruplarına Göre Dağılımları**

| Yaş           | 10 puan ≤  |              | 11 puan ≥ |              | Toplam     |              |                               |
|---------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-------------------------------|
|               | n          | %            | n         | %            | n          | %            |                               |
| 25 yaş ≤      | 5          | 4,3          | 0         | 0,0          | 5          | 3,3          | $\chi^2= 4,111$<br>$p= 0,250$ |
| 26-35 yaş     | 76         | 65,5         | 21        | 61,8         | 97         | 64,7         |                               |
| 36-45 yaş     | 32         | 27,6         | 10        | 29,4         | 42         | 28,0         |                               |
| 46 yaş ≥      | 3          | 2,6          | 3         | 8,8          | 6          | 4,0          |                               |
| <b>Toplam</b> | <b>116</b> | <b>100,0</b> | <b>34</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                               |

$\chi^2 =$  Chi-Square (Ki-Kare)

Erkeklerin ACYÖ puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 15); cinsel işlev bozukluğu olanların % 61,8'inin 26-35 yaş arası, % 29,4'ünün 36-45 yaş arası, % 8,8'inin 46 yaş ve üstündekiler olduğu bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu olmayan olguların % 4,3'ünün 25 yaş ve altı, % 65,5'inin 26-35 yaş arası, % 27,6'sının 36-45 yaş arası ve % 2,6'sının 46 yaş ve üstündekiler olduğu saptanmıştır.

Erkeklerin ACYÖ puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16: Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları**

| Eğitim Durumu | 10 puan ≤ |              | 11 puan ≥  |              | Toplam     |       |                                 |
|---------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|-------|---------------------------------|
|               | n         | %            | n          | %            | n          | %     |                                 |
| İlkokul       | 22        | 61,1         | 52         | 45,6         | 74         | 49,3  | $\chi^2 = 2,697$<br>$p = 0,260$ |
| Ortaöğretim   | 8         | 22,2         | 38         | 33,3         | 46         | 30,7  |                                 |
| Yükseköğretim | 6         | 16,7         | 24         | 21,1         | 30         | 20,0  |                                 |
| <b>Toplam</b> | <b>36</b> | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | 100,0 |                                 |

$\chi^2 = Chi-Square (Ki-Kare)$

Kadınların ACYÖ puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 16); cinsel işlev bozukluğu olanların % 45,6'sının ilkokul mezunu, % 33,3'ünün ortaöğretim mezunu, % 21,1'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Kadınların ACYÖ puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17: Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları**

| Eğitim Durumu | 10 puan ≤  |              | 11 puan ≥ |              | Toplam     |              |                                 |
|---------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------------------------|
|               | n          | %            | n         | %            | n          | %            |                                 |
| İlkokul       | 27         | 23,3         | 13        | 38,2         | 40         | 26,7         | $\chi^2 = 3,327$<br>$p = 0,189$ |
| Ortaöğretim   | 53         | 45,7         | 14        | 41,2         | 67         | 44,7         |                                 |
| Yükseköğretim | 36         | 31,0         | 7         | 20,6         | 43         | 28,7         |                                 |
| <b>Toplam</b> | <b>116</b> | <b>100,0</b> | <b>34</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                 |

$\chi^2 =$  Chi-Square (Ki-Kare)

Erkeklerin ACYÖ puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 17); cinsel işlev bozukluğu olanların % 38,2'sinin ilkokul mezunu, % 41,2'sinin ortaöğretim mezunu, % 20,6'sının yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Erkeklerin ACYÖ puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 18: Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları**

| Çalışma Durumu | 10 puan ≤ |              | 11 puan ≥  |              | Toplam     |              |                       |
|----------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------------------|
|                | n         | %            | n          | %            | n          | %            |                       |
| Çalışıyor      | 11        | 30,6         | 31         | 27,2         | 42         | 28,0         | Fisher<br>$p = 0,423$ |
| Çalışmıyor     | 25        | 69,4         | 83         | 72,8         | 108        | 72,0         |                       |
| <b>Toplam</b>  | <b>36</b> | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                       |

$\chi^2 =$  Chi-Square (Ki-Kare)

Cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan kadınların % 27,2'sinin çalışan grup, % 72,8'inin çalışmayan grup olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Bu parametre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 19: Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları**

|               | 10 puan ≤  |              | 11 puan ≥ |              | Toplam     |              |                            |
|---------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|----------------------------|
|               | n          | %            | n         | %            | n          | %            |                            |
| Çalışıyor     | 103        | 88,8         | 23        | 67,6         | 126        | 84,0         | <b>Fisher<br/>p= 0,005</b> |
| Çalışmıyor    | 13         | 11,2         | 11        | 32,4         | 24         | 16,0         |                            |
| <b>Toplam</b> | <b>116</b> | <b>100,0</b> | <b>34</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                            |

$\chi^2 = \text{Chi-Square (Ki-Kare)}$

Cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan erkeklerin % 67,6'sının çalışan grup, % 32,4'ünün çalışmayan grup olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Bu parametre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 20: Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, Evlilik Süresi ve Sosyo-Ekonomik Düzey İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları**

|                             | 10 puan ≤ |              | 11 puan ≥  |              | Toplam     |              |                                     |
|-----------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------------------------|
|                             | n         | %            | n          | %            | n          | %            |                                     |
| 5 yıl ve altı               | 17        | 47,2         | 54         | 47,4         | 71         | 47,3         | $\chi^2=3,485$<br><b>p=0,323</b>    |
| 6 -10 yıl arası             | 16        | 44,5         | 37         | 32,4         | 53         | 35,3         |                                     |
| 11-19 yıl arası             | 3         | 8,3          | 21         | 18,4         | 24         | 16,0         |                                     |
| 20 yıl ve üstü              | 0         | 0,0          | 2          | 1,8          | 2          | 1,3          |                                     |
| <b>Toplam</b>               | <b>36</b> | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                     |
| <b>Sosyo-Ekonomik Düzey</b> |           |              |            |              |            |              |                                     |
| Kötü                        | 4         | 11,1         | 6          | 5,3          | 10         | 6,7          | $\chi^2 = 5,312$<br><b>p= 0,070</b> |
| Orta                        | 20        | 55,6         | 86         | 75,4         | 106        | 70,7         |                                     |
| İyi                         | 12        | 33,3         | 22         | 19,3         | 34         | 22,6         |                                     |
| <b>Toplam</b>               | <b>36</b> | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                     |

$\chi^2 = \text{Chi-Square (Ki-Kare)}$

Olguların ACYÖ puanlarının evlilik süresine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 20); cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayanların % 47,4'ünün evlilik süresinin 5 yıl ve altı yıl olduğu, % 32,4'ünün evlilik süresinin 6-10 yıl arası olduğu, % 18,4'ünün evlilik süresinin 11-19 yıl olduğu, % 1,8'inin evlilik süresinin 20 yıl ve üstü olduğu bulunmuştur. Olguların ACYÖ puanlarının evlilik süresine göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların ACYÖ puanlarının sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 20); cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 5,3'ünün sosyo-ekonomik düzeyi kötü, % 75,4'ünün orta, % 19,3'ünün iyi olduğu saptanmıştır. Sosyo-ekonomik düzey ile cinsel işlev bozukluğu varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### **6.2.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının İnfertilite İle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

Bu bölümde infertil bireylerin infertilite sonucunda eşin tutumunda değişim, eşin ailesinden çocuk sahibi olamamaya tepki, infertilite nedenleri, infertilite süresi, tedavi süresi, tüp bebek deneme sayıları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile karşılaştırılarak tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 21: Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, İnfertilite İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımları**

| Eşinin Tutumunda Değişme                            | 10 puan ≤ |              | 11 puan ≥  |              | Toplam     |              |                                 |
|---|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|---------------------------------|
|   | n         | %            | n          | %            | n          | %            |                                 |
| Yok   | 34        | 94,4         | 102        | 89,5         | 136        | 90,7         | $\chi^2 = 2,431$<br>$p = 0,297$ |
| Olumlu  | 1         | 2,8          | 1          | 0,9          | 2          | 1,3          |                                 |
| Olumsuz   | 1         | 2,8          | 11         | 9,6          | 12         | 8,0          |                                 |
| <b>Toplam</b>                                       | <b>36</b> | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                 |
| <b>Eşin Ailesinden Çocuk Sahibi Olamamaya Tepki</b> |           |              |            |              |            |              |                                 |
| Yok   | 23        | 63,8         | 75         | 65,8         | 98         | 65,3         | $\chi^2 = 2,955$<br>$p = 0,228$ |
| Anlayışlı ve destekleyici                           | 11        | 30,6         | 23         | 20,2         | 34         | 22,7         |                                 |
| Eleştirel ve küçümseyici                            | 2         | 5,6          | 16         | 14,0         | 18         | 12,0         |                                 |
| <b>Toplam</b>                                       | <b>36</b> | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                 |

$\chi^2 =$  Chi-Square (Ki-Kare)

Kadınların ACYÖ puanlarının infertilite sonucunda eşin tutumunda değişikliğine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 21); cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 89,5'inin eşinin tutumunda değişiklik olmadığı, % 0,9'unun olumlu, % 9,6'sının olumsuz değişiklik olduğu saptanmıştır. Cinsel işlev sorunu bulunmayanların % 94,4'ünün eşinin tutumunda değişiklik olmadığı, % 2,8'inin olumlu, % 2,8'inin olumsuz değişiklik olduğu saptanmıştır. Kadınların ACYÖ puanlarının infertilite sonucunda eşin tutumunda değişikliğine göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Cinsel işlev sorunu olmayan kadınların eşinin ailesinin çocuk olamamaya karşı daha anlayışlı ve destekleyici davrandığı (% 30,6), cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan kadınların ise eşinin ailesinden daha fazla eleştirel ve küçümseyici tepki gördüğü bulunmuştur (% 14,0) (Tablo 21). Kadınlar arasında ACYÖ puanlarının eşin ailesinden çocuk sahibi olamamaya tepkiye açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 22: Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, İnfertilite İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımları**

| Eşinin Tutumunda Değişme                            | 10 puan ≤  |              | 11 puan ≥ |              | Toplam     |              |                                 |
|---|------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------------------------|
|   | n          | %            | n         | %            | n          | %            |                                 |
| Yok   | 94         | 81,0         | 24        | 70,6         | <b>118</b> | 78,7         | $\chi^2 = 3,639$<br>$p = 0,162$ |
| Olumlu  | 16         | 13,8         | 5         | 14,7         | <b>21</b>  | 14,0         |                                 |
| Olumsuz   | 6          | 5,2          | 5         | 14,7         | <b>11</b>  | 7,3          |                                 |
| <b>Toplam</b>                                       | <b>116</b> | <b>100,0</b> | <b>34</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                 |
| <b>Eşin Ailesinden Çocuk Sahibi Olamamaya Tepki</b> |            |              |           |              |            |              |                                 |
| Yok   | 81         | 69,8         | 23        | 67,6         | <b>104</b> | 69,3         | $\chi^2 = 5,260$<br>$p = 0,072$ |
| Anlayışlı ve destekleyici                           | 32         | 27,6         | 7         | 20,6         | <b>39</b>  | 26,0         |                                 |
| Eleştirel ve küçümseyici                            | 3          | 2,6          | 4         | 11,8         | <b>7</b>   | 4,7          |                                 |
| <b>Toplam</b>                                       | <b>116</b> | <b>100,0</b> | <b>34</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                 |

$\chi^2 =$  Chi-Square (Ki-Kare)

Erkeklerin ACYÖ puanlarının infertilite sonucunda eşin tutumunda değişikliğine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 22); cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 70,6'sının eşinin tutumunda değişiklik olmadığı, % 14,7'sinin olumlu, % 14,7'sinin olumsuz değişiklik olduğu saptanmıştır. Cinsel işlev sorunu bulunmayanların % 81,0'inin eşinin tutumunda değişiklik olmadığı, % 13,8'inin olumlu, % 5,2'sinin olumsuz değişiklik olduğu saptanmıştır. Erkeklerin ACYÖ puanlarının infertilite sonucunda eşin tutumunda değişikliğine göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Cinsel işlev sorunu olmayan erkeklerin eşinin ailesinin çocuk olamamaya karşı daha anlayışlı ve destekleyici davrandığı (% 27,6), cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan kadınların ise eşinin ailesinden daha fazla eleştirel ve küçümseyici tepki gördüğü bulunmuştur (% 11,8). Erkekler arasında ACYÖ puanlarının eşin ailesinden çocuk sahibi olamamaya tepkiye açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).



**Tablo 23: Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının, İnfertilite Nedeni, İnfertilite Süresi, Tedavi Süresi ve Tüp Bebek Deneme Sayısına Göre Dağılımları**

| İnfertilite Nedeni             | 10 puan ≤  |              | 11 puan ≥  |              | Toplam     |              |                                 |
|--------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|---------------------------------|
|                                | n          | %            | n          | %            | n          | %            |                                 |
| Nedeni belli değil             | 51         | 33,6         | 53         | 35,8         | 104        | 34,7         | $\chi^2 = 1,171$<br>$p = 0,760$ |
| Eşim                           | 56         | 36,8         | 46         | 31,1         | 102        | 34,0         |                                 |
| Kendim                         | 37         | 24,3         | 41         | 27,7         | 78         | 26,0         |                                 |
| Her ikimizden                  | 8          | 5,3          | 8          | 5,4          | 16         | 5,3          |                                 |
| <b>Toplam</b>                  | <b>152</b> | <b>100,0</b> | <b>148</b> | <b>100,0</b> | <b>300</b> | <b>100,0</b> |                                 |
| <b>İnfertilite Süresi</b>      |            |              |            |              |            |              |                                 |
| 5 yıl ve altı                  | 20         | 55,6         | 62         | 54,5         | 82         | 54,7         | $\chi^2 = 1,769$<br>$p = 0,622$ |
| 6-10 yıl arası                 | 13         | 36,0         | 33         | 28,9         | 46         | 30,7         |                                 |
| 11-15 yıl arası                | 2          | 5,6          | 12         | 10,5         | 14         | 9,3          |                                 |
| 16 yıl ve üstü                 | 1          | 2,8          | 7          | 6,1          | 8          | 5,3          |                                 |
| <b>Toplam</b>                  | <b>36</b>  | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                 |
| <b>Tedavi Süresi</b>           |            |              |            |              |            |              |                                 |
| 4 yıl ve altı                  | 27         | 75,0         | 76         | 66,7         | 103        | 68,6         | $\chi^2 = 2,745$<br>$p = 0,433$ |
| 5-9 yıl arası                  | 8          | 22,2         | 29         | 25,4         | 37         | 24,7         |                                 |
| 10-14 yıl arası                | 0          | 0,0          | 7          | 6,1          | 7          | 4,7          |                                 |
| 15 yıl ve üstü                 | 1          | 2,8          | 2          | 1,8          | 3          | 2,0          |                                 |
| <b>Toplam</b>                  | <b>36</b>  | <b>100,0</b> | <b>114</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                                 |
| <b>Tüp Bebek Deneme Sayısı</b> |            |              |            |              |            |              |                                 |
| 1 kere                         | 30         | 83,3         | 85         | 74,6         | 115        | 76,7         | $\chi^2 = 3,905$<br>$p = 0,142$ |
| 2 kere                         | 5          | 13,9         | 12         | 10,5         | 17         | 11,3         |                                 |
| 3 kere ve üzeri                | 1          | 2,8          | 17         | 14,9         | 18         | 12,0         |                                 |
| <b>Toplam</b>                  | <b>6</b>   | <b>100,0</b> | <b>29</b>  | <b>100,0</b> | <b>35</b>  | <b>100,0</b> |                                 |

$\chi^2 =$  Chi-Square (Ki-Kare)

Olguların ACYÖ puanlarının infertilite nedenini bilmesine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 23); cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 35,8'inin infertilite nedenini bilmediği, % 31,1'inin infertilitenin eşten kaynaklandığı, % 27,7'sinin infertilitenin kendinden kaynaklandığı, % 5,4'ünün infertilitenin her ikisinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Kadınların ACYÖ puanlarının infertilite süresine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 23); cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayanların % 54,5'inin 5 yıl ve altı, % 28,9'unun 6-10 yıllar arası, % 10,5'inin 11-15 yıllar arası, % 6,1'inin 16 yıl ve üzerindeki yıllar arasında çocuğu olmadığı saptanmıştır.

Kadınların ACYÖ puanlarının tedavi sürelerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 23); cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 66,7'sinin 4 yıl ve altında tedavi gördüğü, % 25,4'ünün 5-9 yıllar arasında, % 6,1'inin 10-14 yıllar arasında, % 1,8'inin 15 yıl ve üstünde tedavi gördükleri bulunmuştur.

Kadınların ACYÖ puanlarının tüp bebek deneme sayısına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 23); cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayanların % 74,6'sının ilk denemesi olduğu, % 10,5'inin ikinci denemesi olduğu, % 14,9'unun üç ve üzeri denemesi olduğu saptanmıştır.

Olguların ACYÖ puanlarının infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi süresi ve tüp bebek deneme sayıları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### **6.3. İnfertil Çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne (BDÖ) Göre Depresyon Düzeyleri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) İle Karşılaştırılmasını İçeren Bulgular**

Bu bölümde olguların BDÖ'ye göre depresyon durumları, cinsiyete göre puanlarının dağılımları ve BDÖ'nün ACYÖ puanları ile karşılaştırılması tablolanmıştır.

**Tablo 24: İnfertil Çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Depresyon Durumları**

| Depresyon Puanı | Depresyon Durumu | Sayı       | %            |
|-----------------|------------------|------------|--------------|
| 16 puan $\leq$  | Yok              | 273        | 91,0         |
| 17 puan $\geq$  | Var              | 27         | 9,0          |
| <b>Toplam</b>   |                  | <b>300</b> | <b>100,0</b> |

İnfertil çiftlerin beck depresyon ölçeğine göre depresyon durumları incelendiğinde (Tablo 24); çiftlerin % 91'inin depresyon yaşamadığı, % 9'unun depresyon yaşadığı saptanmıştır. İnfertil çiftlerin ortalama beck puanı  $8,45 \pm 6,65$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 25: İnfertil Çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları**

| Cinsiyet      | 16 puan $\leq$ |            | 17 puan $\geq$ |              | Fisher |
|---------------|----------------|------------|----------------|--------------|--------|
|               | n              | %          | n              | %            |        |
| <b>Kadın</b>  | 131            | 48,0       | 19             | 70,4         | 0,042  |
| <b>Erkek</b>  | 142            | 52,0       | 8              | 29,6         |        |
| <b>Toplam</b> | <b>273</b>     | <b>100</b> | <b>27</b>      | <b>100,0</b> |        |

İnfertil çiftlerin beck depresyon ölçeğine göre durumları incelendiğinde (Tablo 25); depresyon olan olguların % 70,4'ü kadın, % 29,6'sı erkektir. Kadınların ortalama beck puanı  $9,93 \pm 6,45$ , erkeklerin ortalama beck puanı  $6,97 \pm 6,54$  olarak saptanmıştır. İnfertil çiftler arasında depresyon durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 26: İnfertil Çiftlerin BDÖ ve ACYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

| Cinsiyet | 16 puan ≤ (BDÖ) |            | 17 puan ≥ (BDÖ) |            | Mann-Whitney Test                |
|----------|-----------------|------------|-----------------|------------|----------------------------------|
|          | n               | Mean(ACYÖ) | n               | Mean(ACYÖ) |                                  |
| Kadın    | 131             | 13,02±3,81 | 19              | 14,47±4,81 | U 1045<br>Z -1,31<br>p 0,258     |
| Erkek    | 142             | 9,24±2,96  | 8               | 10±3,12    | U 505,000<br>Z -0,530<br>p 0,596 |

*U= Mann-Whitney Test*

İnfertil çiftlerin BDÖ ve ACYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları incelendiğinde (Tablo 26); beck depresyon ölçeğinden 16 puan ve altında alan kadınların ACYÖ puan ortalamaları 13,02±3,81, erkeklerin puan ortalamaları 9,24±2,96, 17 puan ve üstünde alan kadınların ACYÖ puan ortalamaları 14,47±4,81, erkeklerin puan ortalamaları 10±3,12 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre ACYÖ puan ortalamaları ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 27: Cinsiyete Göre BDÖ ve ACYÖ'nün Karşılaştırılması**

|                 | Kadın |       | Erkek |       |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|
|                 | r     | p     | r     | p     |
| <b>BDÖ-ACYÖ</b> | 0,317 | 0,000 | 0,363 | 0,000 |

*r= Spearman's Rho Korelasyon Analizi*

Cinsiyete göre BDÖ ile ACYÖ karşılaştırıldığında (Tablo 27); kadınlarda ve erkeklerde BDÖ ve ACYÖ puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

## 7. TARTIŞMA

İnsan neslinin devamının sağlanmasında kişiliğin oluşması ve gelişmesinde, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetişmesinde ailenin rolü büyüktür. Toplumumuzda çocuk; ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan bir unsurdur. Özellikle toplumumuzda birçok evlilik için çocuk sahibi olma; evliliğin ve cinsel birleşmenin en önemli sonuçlarından biri olarak kabul görmektedir (44, 86).

İnfertilite basit bir jinekolojik rahatsızlık değil, biyolojik, sosyal, kültürel psikolojik boyutları olan bir sağlık sorunudur. Eşlerin gelecek ile ilgili planlarını, kendi imajlarını, saygılarını, ilişkilerini, cinsel yaşamalarını etkilemektedir (44).

Çalışmamız, infertilite nedeni ile başvuran çiftlerde infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkilerini incelemek amacıyla 150 infertil çift üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 3 ana başlıkta tartışılmıştır.

- 7.1. İnfertil çiftlerin tanıtıcı özelliklerini içeren bilgilerin tartışılması
- 7.2. İnfertil çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar ile çiftlerin tanıtıcı özelliklerinin cinsel yaşam üzerine etkilerine ilişkin verilerin tartışılması
- 7.3. İnfertil çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon düzeyleri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile karşılaştırılmasını içeren verilerin tartışılması

### 7.1. İnfertil Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerini İçeren Bilgilerin Tartışılması

Bu bölümde çalışmaya katılan infertil çiftlerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular, obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımları ve infertilite öyküsüne ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

### 7.1.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde çiftlerin yaş grupları, eğitim durumları, beden kitle indeksleri (BMI), yaşadığı yer, aile biçimleri, meslekleri, çalışma durumları, sosyo-ekonomik düzeyleri, tedavi masrafını karşılama şekilleri, evlilik ile ilgili özellikleri (evlilik sayısı ve süresi, evlilik biçimleri, diğer evliliklerinden çocuk varlığı, evlat edinme düşünceleri, eşyle ilgili düşünceleri), sigara, alkol ve ilaç kullanım durumlarına ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

İnfertil çiftlerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 1); çiftlerin % 64,7'si 26-35 yaş grubunda olup, kadınların % 20'si, erkeklerin % 32'si 35 yaş üzeri idi. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $30,85 \pm 5,02$ , erkeklerin yaş ortalaması ise  $33,82 \pm 5,49$  olarak bulunmuştur. İnfertil çiftler yaşları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Tashbulatova (2007)'nin infertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında 200 kadının yaş ortalaması  $30,9 \pm 6,1$  olarak saptanmıştır (95). Monga ve ark. (2004)'nin infertilitenin yaşam kalitesi, evlilik uyumu ve cinsel işlev üzerine etkisini inceleyen çalışmalarında infertil kadınların yaş ortalaması 33,5, erkeklerin yaş ortalaması ise 35 olarak bulunmuştur (67). Kavlak (2002)'in 150 infertil kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması  $29,61 \pm 5,45$ , Jirka ve ark. (1996)'nin 62 infertil çift üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların yaş ortalaması  $31 \pm 4,71$ , erkeklerin yaş ortalaması ise  $33 \pm 4,85$  olarak saptanmıştır (42, 45). Literatürde infertilitenin en sık 35 yaş üzeri kişilerde görüldüğü bildirilmesine rağmen (27, 59), Kavlak (2002), Jirka ve ark. (1996), Monga ve ark. (2004) ve Tashbulatova (2007)'nin araştırmalarına uyumlu olarak çalışmamıza katılan infertil bireylerin yaş ortalaması 35 yaş altında bulunmuştur.

İnfertil çiftlerin eğitim düzeyi, onlara sunulan destek, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanmalarını etkileyen önemli bir faktördür. Çalışmamızın kriterlerine uygun olması açısından en az ilkökul mezunu olan çiftler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumu incelendiğinde; % 49,3'ü ilkökul, % 30,7'si ortaöğretim, % 20'si ise yükseköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Erkeklerin; %

26,7'si ilköğretim, % 44,6'sı ortaöğretim, % 28,7'si ise yükseköğretim mezunu idi (Tablo 2). Bu çalışmada erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmış ve sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Sömek (2008)'in infertil çiftler üzerinde yaptığı çalışmasında infertil kadınların; % 56,8'inin ilköğretim grubuna girdikleri, % 19,3'ünün lise mezunu, % 23,9'unun yükseköğretim mezunu olduğu, infertil erkeklerin ise; % 38,1'inin ilköğretim grubuna girdikleri, % 21,4'ünün lise mezunu, % 40,5'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (93). Oğuz (2004)'un infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkilerini inceleyen araştırmasında infertil kadınların % 47,4'ünün okur-yazar/ilköğretim, % 26,3'ünün ortaokul/lise, % 26,3'ünün yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (70). Türkiye genelinde yapılan nüfus araştırmasında (TNSA 2003) kadınların % 17'si, erkeklerin % 23'ü lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (36). Çalışmamız Türkiye'deki oranlarla paralellik göstermektedir.

Literatürde obezitenin kadında ve erkekte infertiliteye neden olduğu bildirilmektedir (51, 82). Çalışmamızda kadınların % 49,3'ünün normal kilolu, % 48'inin şişman olduğu saptanmıştır. Erkeklerin ise % 32,7'sinin normal kilolu, % 67,3'ünün şişman olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların kilo ortalaması  $66,17\pm 10,56$ , erkeklerin kilo ortalaması  $81,20\pm 11,95$  olarak saptanmıştır. İnfertil çiftler kiloları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,01$ , Tablo 3). Obezitenin global prevalansı % 8,2 olarak hesaplanmaktadır. Çin ve Japonya'da % 5 olan prevalans, Samoa'da % 75'e ulaşmaktadır (88). Avrupa'da obezite prevalansı konusunda yapılan en kapsamlı araştırma 1989 yılında yayınlanan WHO MONICA (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases) çalışmasıdır. Buna göre Avrupa'da obezite prevalansı kadınlarda % 22, erkeklerde % 15 olarak bildirilmiştir (66). Yaş ilerledikçe bu oranlar kadınlarda % 44, erkeklerde ise % 18'e ulaşmaktadır. Türkiye'de obezite prevalansı özellikle kadınlarda oldukça yüksek oranlardadır. Ülkemizde 1999 yılında Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, DETAM ve Sağlık Bakanlığı'nın gerçekleştirdiği 24.788 kişinin tarandığı TURDEP çalışmasında kadınlarda % 30, erkeklerde % 13, genelde ise % 22,3 oranında obezite

prevalansı tespit edilmiştir (85). Çalışmamızda erkekler daha kilolu çıkarken, literatüre göre kadınların daha kilolu olduğu bildirilmektedir.

Çalışmaya katılan infertil çiftlerin % 89,3'ünün şehir merkezinde, % 10,7'sinin ise kırsal bölgede yaşadığı, % 79,3'ünün çekirdek aileye, % 20,7'sinin geniş aileye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Oğuz (2004)'un araştırmasında infertil kadınların % 81,6'sının çekirdek aile, % 18,4'ünün geniş aileye sahip olduğu belirlenmiştir (70). Sömek (2008)'in çalışmasında bireylerin; % 78,4'ü çekirdek aileye sahipken, % 21,6'sı geniş aileye sahip olduğu (93), Taşçı ve ark. (2008)'nin çalışmasında % 93,1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (96). Çalışmanın sonuçları Oğuz (2004), Sömek (2008) ve Taşçı ve ark. (2008)'nin sonuçlarıyla uyumludur. Toplumumuzda infertil çiftler üzerinde görülen aile baskısı, özellikle de kayınvalidenin baskısı göz önüne alındığında çekirdek aile oranının yüksek olması olumlu bir sonuçtur.

İnfertil çiftlerin meslek ve çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 5); kadınların % 67,3'ü ev hanımı, erkeklerin de % 39,3'ü serbest meslek, % 44'ü işçi, % 16,7'si memur olduğu saptanmıştır. Kadınların % 28'inin çalıştığı, erkeklerin % 84'ünün çalıştığı saptanmıştır. İnfertil çiftler meslek ve çalışma durumları bakımından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). T.C. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM 2008) sonuçlarına göre kadınların iş gücüne katılım oranı 2007 yılı için % 24,8 olduğu bildirilmiştir (94). TNSA 2003 verilerine göre de kadınların % 42'sinin çalıştığı saptanmıştır (36). Upkong ve Orji'nin (2006) Nijerya'da, infertil kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, % 87,5 kadının çalıştığı saptanmıştır (101). Sömek (2008)'in çalışmasında infertil kadınların % 60,9'u ev hanımı olduğu, erkeklerin ise % 7,5'i memur, % 82,5'i kalifiyeli işçi, % 10'u kalifiyeli olmayan işçi olduğu saptanmıştır (93). Türkiye'deki kadınların çalışma oranlarının az gelişmiş bir ülke olan Nijerya'dan bile az olması düşündürücü bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 6); % 70,7'sinin durumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Kavlak (2002)'in çalışmasında infertil kadınların % 48,7'sinin gelir durumlarının orta düzeyde, % 36,6'sının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (45). Sömek (2008)'in



araştırmasında % 30'unun gelirinin giderinden az olduğu, % 56,2'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, % 13,8'inin ise gelirinin giderinden fazla olduğu bulunmuştur (93). Çalışmamız Kavlak (2002) ve Sömek (2008)'in sonuçları ile benzer özellik göstermektedir.

Araştırma kapsamında yer alan infertil çiftlerin % 6,7'sinin tedavi masraflarını kendi karşıladığı, % 7,3'ünün sosyal güvencelerinin karşıladığı, % 81,3'ünün bir kısmını kendi, bir kısmını sosyal güvencelerinin karşıladığı, % 4,7'sinin ise tedavi masraflarını aile yakınlarının karşıladığı belirlenmiştir (Tablo 6). Sömek (2008)'in çalışmasında infertil bireylerin % 25,4'ünün tedavi masrafını sosyal güvencelerinin karşıladığı, % 11,5'inin kendilerinin, % 63,1'inin ise bir kısmını kendileri, bir kısmını sosyal güvencelerinin karşıladığı belirlenmiştir (93). Oğuz (2004)'un çalışmasında % 23,7'sinin tedavi masraflarını kendisi, % 60,5'inin sosyal güvencesi, % 15,8'inin ailesi karşıladığı bulunmuştur (70). Çalışma sonuçları Sömek (2008) ve Oğuz (2004)'un araştırmasıyla benzer özellik göstermektedir.

İnfertil çiftlerin evlilik sayılarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 7); kadınların % 95,3'ünün, erkeklerin % 92'sinin bir evlilik yaptığı belirlenmiştir. İnfertil çiftler evlilik sayıları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sömek (2008)'in araştırmasında kadınların % 94,3'ü bir, % 5,7'sinin iki veya daha fazla evlilik yaptığı, erkeklerin ise % 95,2'sinin bir, % 4,8'inin ise iki veya daha fazla evlilik yaptığı saptanmıştır (93). Kavlak (2002)'in çalışmasında infertil kadınların % 94,7'si bir, % 5,3'ü iki veya daha fazla evlilik yaptığı saptanmıştır (45). Sonuçlar Sömek (2008) ve Kavlak (2002)'in çalışmasıyla uyumludur.

Çalışmamızda ikinci evliliği olan ( $n=19$ ) infertil çiftlerin % 26,3'ünün diğer evliliğinden çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Oğuz (2004)'un çalışmasında ise infertil çiftlerin % 2,6'sının önceki evliliğinden çocuğu olduğu bulunmuştur (70). Çalışmamızın sonuçları Oğuz (2004)'un çalışmasının sonuçları ile uyumlu değildir.

İnfertil çiftlerin evlat edinme düşüncesi incelendiğinde (Tablo 7); kadınların % 26,7'sinin, erkeklerin % 20'sinin evlat edinmeyi düşündüğü saptanmış ve infertil çiftler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İnfertil çiftlerin evlat edinme düşüncesi Oğuz (2004)'un çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (70).

İnfertil çiftlerin eşleri ile ilgili düşüncesine verdikleri cevap incelendiğinde (Tablo 7); kadınların % 58,6'sının eşlerini çok sevdiği, % 36,7'sinin eşlerini sevdiği, %4'ünün eşleriyle anlaşamadığı, % 0,7'sinin eşleriyle kardeş gibi oldukları, erkeklerde ise % 82,7'sinin eşlerini çok sevdiği, % 16'sının eşlerini sevdiği, % 1,3'ünün eşleriyle anlaşamadığı bulunmuştur. Erkekler kadınlara oranla eşlerini, daha fazla sevdiklerini belirtmiş ve aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Tashbulatova (2007)'nin çalışmasında infertil kadınların % 2'si eşini çok sevdiğini, % 65,5'i sevdiğini, % 32,5'i kardeş gibi olduklarını belirtmiştir (95). Sonuçlar Tashbulatova (2007)'nin sonuçları ile uyumlu değildir.

İnfertil çiftlerin evlilik süreleri incelendiğinde (Tablo 7); % 47,3'ü 5 yıl ve altı yıl, % 35,3'ü 6-10 yıl arası, % 16'sı 11-19 yıl arası, % 1,4'ü 20 yıl ve üzerinde evli oldukları saptanmıştır. Ortalama evlilik süreleri ise  $6,64\pm 4,33$  yıl olarak bulunmuştur. Bu oran Kurçer ve ark. (1999)'nin araştırmasında  $8,3\pm 5,9$  yıl, Kılınç (2007)'in araştırmasında  $8,39\pm 4,71$  yıl, Tashbulatova (2007)'nin çalışmasında  $2,7\pm 1,3$  yıl olarak saptanmıştır (48, 53, 95). Çalışmamızın sonuçları Kurçer ve ark. (1999) ve Kılınç (2007)'in çalışmasıyla paralellik göstermekte, ancak Tashbulatova (2007)'nin çalışmasıyla uyumlu değildir.

Sigara içimi, kadın ve erkek üreme sağlığını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Sigara içen kadınlarda infertilite görülme oranı, içmeyenlere oranla on kat daha fazladır. Kadınların % 13'ünde sigara içiminin infertiliteye neden olduğu belirtilmektedir. Sigara içen kadınlarda, içmeyenlere göre doğurganlığın düşük, gebe kalma süresinin 3–12 ay arasında daha uzun olduğu da belirtilmektedir. Erkeğin sigara içmesi; sperm konsantrasyonunun, hareketlerinin ve sayısının azalmasına, spermin kadının yumurta hücrelerini delme yeteneğinin azalmasına ve sperm hücresinde DNA hasarının artmasına neden olmaktadır. Bunun yanında, kadının eşinin sigara içmesi nedeniyle pasif sigara dumanına maruz kalması da kadınların üreme fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir (98). Çalışmamızda kadınların % 24,7'sinin, erkeklerin % 44,7'sinin sigara kullandığı saptanmıştır. İnfertil kadınların % 83,8'i, erkeklerin ise % 43,3'ü 10 adet ve altı sigara kullanırken, kadınların % 16,2'si, erkeklerin % 56,7'si 11-20 adet arası sigara kullanmakta idi. Çalışmamızda erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sigara kullandıkları saptanmış ve çiftler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark

bulunmuştur ( $p<0,001$ , Tablo 8). İnfertilite tedavisi gören bireylerin sigara kullanımını sürdürmesi tedavinin sonucu açısından olumsuz bir durumdur. Sağlık elemanlarının bu konuya önem vererek, çiftleri sigarayı bırakmaları konusunda bilinçlendirilmeleri ve cesaretlendirmeleri gerekmektedir.

Alkol kullanımı erkeklerde testis yapısı ve bu bağlantıda seks hormonlarının serumdaki miktarlarını etkilemektedir. Sperm hücreleri spermatogenez ve spermiogenez esnasında bu değişikliklerden etkilenmektedirler (68). Aşırı alkol kullanımının hem fertilitate hem de gelişen fetüs üzerinde olumsuz etkileri vardır (43, 55, 72). Ayrıca kadınlarda cinsel isteği azaltan faktörler arasında yer aldığı bildirilmektedir (95). Çalışmamızda kadınların % 2'sinin, erkeklerin % 16,7'sinin alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 8). İnfertil çiftler alkol kullanımı bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Sağlık elemanları alkolün olumsuz etkileri konusunda çiftleri bilgilendirmelidir.

Literatürde trankilizanlar, fenotiazinler, antihipertansifler ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların ovülasyon üzerinde olumsuz etki yaptığı, erkeklerde de iktidarsızlığa neden olduğu bildirilmektedir (36, 100). Çalışmamızda olguların az bir kısmı (kadınların % 10,7'si, erkeklerin % 9,3'ü) ilaç kullanmaktadır (Tablo 8). İnfertil çiftler ilaç kullanımı bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### **7.1.2. Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların gebelik, düşük, yaşayan çocuk ve ameliyat öyküsüne ilişkin bulguların literatür ışığında tartışılması yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların % 26,6'sının gebelik öyküsünün olduğu, % 22,6'sının düşük öyküsü olduğu, % 4,6'sının yaşayan çocuklarının olduğu (sekonder infertilite) saptanmıştır (Tablo 9). Literatürde sekonder infertilite oranı Latin Amerika'da % 40, Asya'da % 23, Kuzey Afrika'da ise bu oran % 16 olarak saptanmıştır (80). Ülkemizde, Sömek (2008)'in araştırmasında % 4,6, Kavlak'ın araştırmasında % 14,6 oranında sekonder infertilite olduğu saptanmıştır (45, 93).

Literatürde üreme organları ile ilgili ve diğer pelvik ameliyatlar, anatomik değişiklikler ve sinirlerin zarar görmesi nedenleriyle fertilité sorunları oluşabildiği bildirilmektedir (100). Çalışmamızda kadınların % 56'sı ürojinekolojik, % 16,6'sı batın ameliyatı, % 27,4'ü ise diğer ameliyat (treidektomi, burun ameliyatı, bel fitiği ameliyatı vs.) geçirmişlerdir (Tablo 9).

### **7.1.3. İnfertil Çiftlerin İnfertilite İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde infertil bireylerin infertilite sonucunda eşin tutumunda değişim, eşin ailesinden çocuk sahibi olamamaya tepki, infertilite nedenleri, infertilite süresi, tedavi süresi, tüp bebek deneme sayılarına göre dağılımlarına ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

Uzun yıllar süren tedavi, ertelenen çözümler, sosyal beklentilerin baskısı infertil bireylerde ruhsal zorlanmalar yaratarak sosyal ilişkileri ve evlilik ilişkilerini etkilemekte, ekonomik görüntüleriyle de çok yönlü bir kriz yaratabilmektedir. Bu yüzden eşlerin birbirine karşı tutumu da değişebilmektedir (102). İnfertil çiftlerin çocuk olmadığından dolayı eşinin tutumunda bir değişiklik olup olmadığına karşı verdiği cevaplar irdelendiğinde (Tablo 10); kadınların % 90,7'si, erkeklerin % 78,7'si eşlerinden bir tepki görmediklerini, kadınların % 1,3'ü, erkeklerin % 14'ü olumlu tepki, kadınların % 8'i, erkeklerin % 7,3'ünün olumsuz tepki gördükleri saptanmıştır. İnfertil çiftler, çocuğu olmadığından dolayı eşinin tutumunda değişme açısından karşılaştırıldığında kadınların eşlerine daha fazla olumlu yaklaşımda bulunduğu saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Oğuz (2004)'un çalışmasında kadınların % 50'si eşlerinden bir tepki görmediklerini, % 41,7'si olumlu, % 5,6'sı olumsuz tepki gördükleri bulunmuştur (70).

İnfertilite yalnızca infertil çifti değil, tüm aileyi etkileyen bir aile krizi olarak yansımaktadır. Aile bağlarını değiştirebilen bir süreçtir. Sosyal çevre ve aile çevresinin yarattığı baskı çifti olumsuz etkileyebilir (70). Eşin ailesinden destek görmeme ruh sağlığının bozulmasına, depresyon ve anksiyete neden olmaktadır (101). İnfertil çiftlere, infertiliteye eşinin ailesinden gösterilen tepki sorulduğunda (Tablo 10); kadınların % 65,3'ü eşinin ailesinden tepki görmediğini, % 22,7'si anlayışlı ve destekleyici tarzda

tepki gördüğünü, % 12'si eleştirel ve küçümseyici tarzda tepki gördüğünü, erkeklerin ise % 69,3'ü eşinin ailesinden tepki görmediğini, % 26'sı anlayışlı ve destekleyici tarzda tepki gördüğünü, % 4,7'si eleştirel ve küçümseyici tarzda tepki gördüğünü söylemiştir. İnfertil çiftler arasında eşin ailesinden tepki karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların % 32,7'si infertilite nedeninin belli olmadığını, % 35,3'ü eşinden kaynaklandığını, % 24,7'si kendisinden kaynaklandığını, % 7,3'ü her ikisinden kaynaklandığını ifade etmiştir (Tablo 11). Taşçı ve ark. (2008)'nin çalışmasında infertilite nedeni % 49,3 oranında erkekten kaynaklandığı (96), Oğuz (2004)'un çalışmasında % 34,2 kadından, % 15,8 her ikisinden, % 31,6 erkekten kaynaklanan organik kökenli, % 18,4'ü ise idiyopatik nedeni olduğu (70), Peterson ve ark. (2003)'nin çalışmasında ise % 11 erkek faktörlü olduğu bulunmuştur (78). Sömek (2008)'in çalışmasında kadınların % 29,5'i infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, % 38,6'sının eşlerinden kaynaklandığını, % 22,7'sinin ise nedeninin belli olmadığını ifade etmişlerdir (93). DSÖ tarafından 7273 evli infertil çift üzerinde yapılan bir çalışmada, infertilite nedenine göre % 41 oranında kadın, % 24 oranında erkek, % 24 kadın ile erkek beraber sorumlu tutulmuş ve % 11'inde de bir neden gösterilememiştir (104). Çalışmamızda infertilite nedeni açısından erkek faktörü kadına göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız Taşçı ve ark. (2008) ve Sömek (2008)'in çalışması ile uyumlu, diğer literatür bilgileri ile uyumlu değildir.

Araştırmaya katılan infertil çiftlerin ortalama infertilite süreleri  $6,05\pm 4,35$ , ortalama tedavi süreleri ise  $3,61\pm 3,20$  olarak saptanmıştır (Tablo 11). Oğuz (2004)'un çalışmasındaki infertil çiftlerin tedavi süresi ortalaması 4,51 olarak saptanmıştır (70).

İnfertil çiftlerin % 76,7'sinin ilk kez tüp bebek denedikleri saptanmıştır. 2 ve daha fazla tüp bebek denemelerinin (88 deneme) % 8'i pozitif, % 92'si negatifle sonuçlanmıştır (Tablo 11).

## **7.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne Verdikleri Yanıtlar İle Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerine İlişkin Verilerin Tartışılması**

Bu bölümde çalışmaya katılan olguların; Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) puan değerlerinin sosyo-demografik özellikler ve infertilite ile ilgili özelliklerine ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

Seksüel disfonksiyon veya cinsel işlev bozukluğu hem kadın hem erkekleri yoğun olarak etkileyen bir problemdir. İnfertil çiftlerin ACYÖ puanlarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 12); kadınların % 77'sinin, erkeklerin % 23'ünün 11 puan ve üstü olarak cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların ortalama ACYÖ puanı  $13,20 \pm 3,96$ , erkeklerin puanı  $9,28 \pm 2,97$  olarak saptanmıştır. Bu konuda en geniş serili çalışma Laumann ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmada yaşları 18-59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen verilerden, erkeklerde cinsel sorun % 31 oranında görülürken kadınlarda bu oran % 43'lere kadardır. İngiltere'de % 33, İzlanda'da % 22 oranları bulunmuştur (54). Türkiye'de Ergun Öksüz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaşları 18-55 olan 518 kadın alınmış ve bunların % 48,3'ünde seksüel fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir (29). Sömek (2008)'in araştırmasında araştırmaya katılan kadınların % 23'ünün, erkeklerin % 16,7'sinin cinsel yaşantısını etkilediği saptanmıştır (93). Çalışmamızda da literatür bilgilerine paralel olarak kadınların erkeklere oranla daha fazla cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadıkları saptanmış ve infertil çiftler arasında cinsel işlev bozukluğu varlığı açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

Çalışmamızda ACYÖ puanlarına göre kadınların erkeklere oranla daha fazla cinsel istek, uyarılma, ıslanma/sertleşme, orgazm ve tatmin sorunu yaşadıkları saptanmış ve infertil çiftler arasında bu parametreler açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ( $p < 0,001$ ) fark bulunmuştur ( Tablo 13). Ergun Öksüz ve arkadaşları tarafından FSFI kullanılarak yapılan çalışmada seksüel fonksiyon bozukluğu; kadınların % 48,3'ünde arzu, % 35,9'unda uyarılma, % 40,9'unda lubrikasyon, % 42,7'sinde orgazm, % 45'inde tatmin bozukluğu, % 42,9'unda ağrı şeklinde kendini gösterdiği bulunmuştur (29). Arslan ve arkadaşlarının (2008) infertil çiftlerin cinsel disfonksiyon

yaşama durumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesini inceleyen araştırmasında kadınlarda erkeklere oranla daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu ve yaşam kalitelerinde de daha belirgin azalmalar olduğu bildirilmektedir (3). Literatür bilgileri ile sonuçlarımız uyumludur.

### **7.2.1. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Bu bölümde çiftlerin yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyo-ekonomik düzeyleri ve evlilik süresinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile karşılaştırılması tartışılmaktadır.

Kadınların ACYÖ puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 14); cinsel işlev bozukluğu olanların % 14,9'unun 25 yaş ve altı, % 64,9'unun 26-35 yaş arası, % 20,2'sinin 36-45 yaş arası olduğu bulunmuştur. Erkeklerin ACYÖ puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 15); cinsel işlev bozukluğu olanların % 61,8'inin 26-35 yaş arası, % 29,4'ünün 36-45 yaş arası, % 8,8'inin 46 yaş ve üstündekiler olduğu bulunmuştur. Kadın ve erkeklerin ACYÖ puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ülkemizde Çayan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan Türk kadınlarındaki seksüel fonksiyon bozukluğu ve potansiyel risk faktörlerle ilgili yaptığı prevalans çalışmasında kadın cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı 28-37 yaş arası % 25,5, 38-47 yaş arası % 53,5 olarak saptanmıştır (21). Literatürde yaş arttıkça istek ve orgazm bozukluğunun arttığı vurgulanmıştır (75). Çalışmamızda infertil çiftlerin çoğunluğunun 26-35 yaş grubunda olması nedeniyle bu yaş grubunda daha fazla cinsel işlev bozukluğu sorunu saptanmıştır.

Kadınların ACYÖ puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 16); cinsel işlev bozukluğu olanların % 45,6'sının ilköğretim mezunu, % 33,3'ünün ortaöğretim mezunu, % 21,1'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Erkeklerin ACYÖ puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 17); cinsel işlev bozukluğu olanların % 38,2'sinin ilköğretim mezunu, % 41,2'sinin ortaöğretim mezunu, % 20,6'sının yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça cinsel işlev sorunu oranlarının

azaldığı görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamıza paralel olarak ABD’de Laumann ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyinin artmasıyla cinsel sorunların daha az yaşanmakta olduğu bildirilmiştir (54). Tashbulatova (2007)’nin çalışma grubunu oluşturan kadınlarda da eğitim düzeyi arttıkça IFSF skoru ve cinsel istek, tatmin, orgazmada artma görüldüğü ortaya çıkmıştır (95).

Cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan kadınların % 27,2’sinin çalışan grup, % 72,8’inin çalışmayan grup olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Bu parametre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Tashbulatova (2007)’nin araştırmasında çalışan kadın daha istekli daha doyumlu olarak görülmektedir (95). Çalışmamızın sonuçları Tashbulatova (2007)’nin sonuçları ile uyumlu değildir. Cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan erkeklerin % 67,6’sının çalışan grup, % 32,4’ünün çalışmayan grup olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Bu parametre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Çalışmamızda olguların evlilik süresi ile cinsel işlev sorunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 20). Güvel ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada evlilik süresinin artmasının cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkisinin olduğu görülmüştür (35). Çalışmamız Çayan ve arkadaşlarının (2001) ve Tashbulatova (2007)’nin çalışmasıyla benzerlik özellik göstermekte, Güvel ve arkadaşlarının (2001) çalışması ile uyum göstermemektedir (29, 35, 95).

Araştırmaya katılan kadınların ACYÖ puanlarının sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 20); cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 5,3’ünün sosyo-ekonomik düzeyi kötü, % 75,4’ünün orta, % 19,3’ünün iyi olduğu saptanmış ve sonuçta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Tashbulatova (2007)’nin çalışmasında gelir düzeyi arttıkça cinsel fonksiyonda bir düzelme görüldüğü bildirilmektedir (95). Çalışmamızın sonuçları Tashbulatova (2007)’nin sonuçları ile uyumlu değildir.



## 7.2.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının İnfertilite İle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu bölümde infertil bireylerin infertilite sonucunda eşin tutumunda değişim, eşin ailesinden çocuk sahibi olamamaya tepki, infertilite nedenleri, infertilite süresi, tedavi süresi, tüp bebek deneme sayılarına göre dağılımları tartışılmaktadır.

Literatüre göre eşler infertilite süresince birbirlerine destek olmaları gerektiği dönemde düşmanlık ve kin duyguları ile kendisini ya da ötekini suçlamaya başlayabilir. Cinsel ilişki onlar için bir ödev haline gelebilir ve cinsel sorunlar ortaya çıkmaya başlar (76). Yapılan bir çok araştırmada infertilitenin eşlerin duygusal durumlarını, sosyal yaşamlarını, evlilik ilişkilerini, birbirlerine bakış açısını ve dolayısıyla cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır (34). Kadınların ACYÖ puanlarının infertilite sonucunda eşin tutumunda değişikliğine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 21); cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 89,5'inin eşinin tutumunda değişiklik olmadığı, % 0,9'unun olumlu, % 9,6'sının olumsuz değişiklik olduğu saptanmıştır. Erkeklerin ACYÖ puanlarının infertilite sonucunda eşin tutumunda değişikliğine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 22); cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 70,6'sının eşinin tutumunda değişiklik olmadığı, % 14,7'sinin olumlu, % 14,7'sinin olumsuz değişiklik olduğu saptanmıştır. Kadın ve erkeklerin ACYÖ puanlarının infertilite sonucunda eşin tutumunda değişikliğine göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Literatür bilgisi ile sonuçlarımız paralellik göstermemektedir.

Cinsel işlev sorunu olmayan kadın ve erkeklerin eşinin ailesinin çocuk olamamaya karşı daha anlayışlı ve destekleyici davrandığı, cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan kadın ve erkeklerin ise eşinin ailesinden daha fazla eleştirel ve küçümseyici tepki gördüğü bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 21, 22).

Cinsel işlev sorunu olanlarla olmayanlar arasında; infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi süreleri ve tüp bebek deneme sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 23).

### **7.3. İnfertil Çiftlerde Beck Depresyon Ölçeği'ne (BDÖ) Göre Depresyon Düzeyleri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İle Karşılaştırılmasını İçeren Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde olguların BDÖ' ye göre depresyon durumları, cinsiyete göre puanlarının dağılımları ve BDÖ'nün ACYÖ puanları ile karşılaştırılmasına ilişkin veriler tartışılmıştır.

Çalışmamızda infertil çiftlerin BDÖ'ye göre depresyon durumları incelendiğinde (Tablo 24); çiftlerin % 91'inin depresyon yaşamadığı, % 9'unun depresyon yaşadığı saptanmıştır. İnfertil çiftlerin ortalama beck puanı  $8,45\pm 6,65$  olarak bulunmuştur.

Kadın ve erkeklerin psikolojik değerlendirmelerinin yapıldığı karşılaştırmalı çalışmalarda kadınlara oranla erkeklerde klinik depresyon ve anksiyetenin daha az sıklıkta olduğu bildirilmektedir (70). Çalışmamızda depresyon olan olguların % 70,4'ü kadın, % 29,6'sı erkektir. Kadınların ortalama beck puanı  $9,93\pm 6,45$ , erkeklerin ortalama beck puanı  $6,97\pm 6,54$  olarak saptanmıştır. Kişi infertilitesinden dolayı cinsel olarak kendini yetersiz hissedebilir, evlilik ve cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilginin kaybolmasıyla sonunda depresif hale gelebilmektedir (31). Çalışmamızda depresyona giren kadınların erkeklere göre daha fazla cinsel işlev sorunu yaşadıkları saptanmış ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 25). Arslan ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada erkeklerin ruhsal alan puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ( $p<0,01$ ), ruhsal ve sosyal problemlerin kadınların cinsel fonksiyonlarını oldukça etkilediği saptanmıştır (3). Oğuz (2004)'un çalışmasında infertil kadınların depresyon puanı ortalamaları BDÖ'ye göre  $6,10\pm 6,29$  bulunmuştur (70). Literatür bilgileri ile çalışmamızın sonuçları paralel özellik göstermektedir.

İnfertil çiftlerin BDÖ ve ACYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları incelendiğinde (Tablo 26); cinsiyete göre ACYÖ puan ortalamaları ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Cinsiyete göre BD ile ACYÖ karşılaştırıldığında (Tablo 27); kadınlarda ve erkeklerde BDÖ ve ACYÖ puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertilite nedeniyle başvuran çiftlerde cinsel yaşam üzerine etkisi olduğu düşünülen sosyo-demografik değişkenler, infertiliteye ilişkin değişkenler ve depresyonun etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar bu bölümde sunulmaktadır.

### 8.1. İnfertil Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

\* Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin % 64,7'si 26-35 yaş grubunda olup, kadınların % 20'si, erkeklerin % 32'si 35 yaş üzeri idi. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $30,85 \pm 5,02$ , erkeklerin yaş ortalaması ise  $33,82 \pm 5,49$  olarak bulunmuştur. İnfertil çiftler yaşları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,001$ , Tablo 1).

\* Çalışmaya katılan kadınların % 49,3'ü ilkokul, % 30,7'si ortaöğretim, % 20'si yükseköğretim mezunu; erkeklerin % 26,7'si ilkokul, % 44,6'sı ortaöğretim, % 28,7'si ise yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmış ve sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ , Tablo 2).

\* Araştırmaya katılan kadınların kilo ortalaması  $66,17 \pm 10,56$ , erkeklerin kilo ortalaması  $81,20 \pm 11,95$  olarak saptanmıştır. Erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla kilolu olduğu saptanmış ve sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,01$ , Tablo 3).

\* İnfertil çiftlerin % 89,3'ünün şehir merkezinde yaşadığı, % 79,3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

\* Kadınların % 28'inin, erkeklerin ise % 84'ünün çalıştığı, kadınların % 67,3'ü ev hanımı, erkeklerin de % 39,3'ü serbest meslek, % 44'ü işçi, % 16,7'si memur olduğu saptanmıştır. İnfertil çiftler meslek ve çalışma durumları bakımından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,001$ , Tablo 5).

\* Çiftlerin % 70,7'sinin sosyo ekonomik durumlarının orta, % 22,6'sının iyi olduğu, % 81,3'ünün tedavi masraflarının bir kısmını kendi, bir kısmını sosyal güvencelerinin karşıladığı belirlenmiştir (Tablo 6).

\* Kadınların % 95,3'ünün, erkeklerin % 92'sinin bir evlilik yaptığı, ikinci evliliği olan çiftlerin % 26,3'ünün diğer evlilikten çocuğunun olduğu saptanmıştır. İnfertil çiftler arasında evlilik sayıları ve diğer evlilikten çocuk olması bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 7).

\* Kadınların % 26,7'sinin, erkeklerin % 20'sinin evlat edinmeyi düşündüğü saptanmıştır. Kadınların % 58,6'sının eşlerini çok sevdiği, % 36,7'sinin eşlerini sevdiği, % 4'ünün eşleriyle anlaşamadığı, erkeklerin ise % 82,7'sinin eşlerini çok sevdiği, % 16'sının eşlerini sevdiği, % 1,3'ünün eşleriyle anlaşamadığı bulunmuştur. Erkekler kadınlara oranla eşlerini daha fazla sevdiklerini belirtmiş ve aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ , Tablo 7).

\* İnfertil çiftlerin % 47,3'ünün 5 yıl ve altında evli oldukları, ortalama evlilik sürelerinin  $6,64\pm 4,33$  yıl olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

\* Çalışmamızda erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sigara ve alkol kullandıkları saptanmış ve çiftler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ , Tablo 8).

\* Çalışmamızda olguların az bir kısmı (kadınların % 10,7'si, erkeklerin % 9,3'ü) ilaç kullanmaktadır. İlaç alışkanlığı açısından infertil çiftler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 8).

\* Araştırmaya katılan kadınların % 26,6'sının gebelik, % 22,6'sının düşük öyküsü olduğu, % 4,6'sının yaşayan çocuklarının olduğu (sekonder infertilite), kadınların % 56'sının ürojinekolojik ameliyat geçirdiği saptanmıştır (Tablo 9).

\* İnfertil çiftler çocuğu olmadığından dolayı eşinin tutumunda değişme açısından karşılaştırıldığında, kadınların eşlerine daha fazla olumlu yaklaşımda bulunduğu saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). İnfertil çiftler eşin ailesinden tepki açısından karşılaştırıldığında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 10).

\* Araştırmaya katılan kadınların % 32,7'si infertilite nedeninin belli olmadığını, % 35,3'ü eşinden kaynaklandığını, % 24,7'si kendisinden kaynaklandığını, % 7,3'ü her ikisinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Çiftlerin ortalama infertilite süresi  $6,05\pm 4,35$ , ortalama tedavi süreleri ise  $3,61\pm 3,20$  yıl olarak saptanmıştır. İnfertil çiftlerin % 76,7'sinin ilk tüp bebek denemesi olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

## **8.2. İnfertil Çiftlerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne Verdikleri Yanıtlar İle Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerine İlişkin Sonuçlar**

\* Kadınların % 77'sinin, erkeklerin % 23'ünün cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların ortalama ACYÖ puanı  $13,20\pm 3,96$ , erkeklerin puanı  $9,28\pm 2,97$  olarak saptanmıştır. Çalışmamızda kadınların erkeklere oranla daha fazla cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadıkları saptanmış ve infertil çiftler arasında cinsel işlev bozukluğu varlığı açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ , Tablo 12).

\* ACYÖ puanlarına göre kadınların erkeklere oranla daha fazla cinsel istek, uyarılma, ıslanma/sertleşme, orgazm ve tatmin sorunu yaşadıkları saptanmış ve infertil çiftler arasında bu parametreler açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ , Tablo 13).

\* Çalışmamızda infertil çiftlerin çoğunluğunun 26-35 yaş grubunda olması nedeniyle bu yaş grubunda daha fazla cinsel işlev bozukluğu sorunu saptanmıştır (Tablo 14, 15).

\* Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça cinsel işlev sorunu oranlarının azaldığı görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 16, 17).

\* Cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan kadınların % 27,2'sinin çalışan grup, % 72,8'inin çalışmayan grup, erkeklerin % 67,6'sının çalışan grup, % 32,4'ünün çalışmayan grup olduğu saptanmıştır (Tablo 18, 19). Kadınların ACYÖ puanlarının çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ), fakat erkeklerin ACYÖ puanlarının çalışma

durumlarına göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

\* Çalışmamızda olguların evlilik süresi ve cinsel işlev sorunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Araştırmaya katılan kadınların ACYÖ puanlarının sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımları incelendiğinde; cinsel işlev bozukluğu sorunu olanların % 5,3'ünün sosyo-ekonomik düzeyi kötü, % 75,4'ünün orta, % 19,3'ünün iyi olduğu saptanmış ve sonuçta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 20).

\* Cinsel işlev bozukluğu sorunu olan kadınların % 89,5'inin eşinin tutumunda değişiklik olmadığı, % 0,9'unun olumlu, % 9,6'sının olumsuz değişiklik olduğu saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu sorunu olan erkeklerin % 70,6'sının eşinin tutumunda değişiklik olmadığı, % 14,7'sinin olumlu, % 14,7'sinin olumsuz değişiklik olduğu saptanmıştır. Kadın ve erkeklerin ACYÖ puanlarının infertilite sonucunda eşin tutumunda değişikliğine göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 21, 22).

\* Cinsel işlev sorunu olmayan kadın ve erkeklerin eşinin ailesinin çocuk olamamaya karşı daha anlayışlı ve destekleyici davrandığı, cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan kadın ve erkeklerin ise eşinin ailesinden daha fazla eleştirel ve küçümseyici tepki gördüğü bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 21, 22).

\* Cinsel işlev sorunu olanlarla olmayanlar arasında; infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi süreleri ve tüp bebek deneme sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 23).

### **8.3. İnfertil Çiftlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne (BDÖ) Göre Depresyon Düzeyleri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İle Karşılaştırılmasını İçeren Etkilerine İlişkin Sonuçlar**

\* Çiftlerin BDÖ'ne göre değerlendirilmesinde % 91'inin depresyon yaşamadığı, % 9'nun depresyon yaşadığı saptanmıştır. İnfertil çiftlerin ortalama beck puanı

8,45±6,65 olarak bulunmuştur (Tablo 24). Depresyon olan olguların % 70,4'ü kadın, % 29,6'sı erkektir. Depresyona giren kadınların erkeklere göre daha fazla cinsel işlev sorunu yaşadıkları saptanmış ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 25).

\* İnfertil çiftlerin BDÖ ve ACYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları incelendiğinde (Tablo 26); cinsiyete göre ACYÖ puan ortalamaları ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

\* Cinsiyete göre BDÖ ile ACYÖ karşılaştırıldığında (Tablo 27); kadınlarda ve erkeklerde BDÖ ve ACYÖ puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

#### ***Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;***

\* İnfertilitenin tıbbi, psikiyatrik, psikolojik, seksüel ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir kriz olduğu,

\* Cinsel ilişkinin infertiliteyi ve gebeliğin sağlanmasındaki başarısızlığı hatırlattığı çiftlerde, gelişen anksiyete ve stresi azaltmak için, tedavi süresinde belirli dönemlerde planlı cinsel ilişkilere ara verilmesi gerektiği,

\* Benzer problemler yaşayan çiftlerin bir araya getirilmesi ve destek gruplarının oluşturulması,

\* İnfertil çiftlerin yaşadığı psikoseksüel sorunlar hakkında bilgilendirilmesi ve toplumdaki bilgi eksikliğinin giderilmesi amacıyla seminer, kitap, broşür, film gibi görsel işitsel araçların geliştirilmesi ve bu konuda medyadan destek alınması,

\* Hemşirelerin, cinsel fonksiyon bozukluğu sorunu yaşayan çiftleri belirlemesi ve bu konuda konuşmak için çiftleri cesaretlendirmesi, danışman ve yönlendirici rolü ile çiftlerin ihtiyaç duydukları zamanda başvurabilecekleri destek sistemleri konusunda onları bilgilendirmesi,



\* İnfertilitenin çiftler üzerinde psikoseksüel etkileri olduğu, bu konuda yapılmış sınırlı çalışmaların daha çok kadınlar üzerinde olması ve infertil erkeklerin ihmal edilmesi nedeniyle, bu eksikliğin giderilmesi açısından erkeklerin ele alındığı çalışmaların arttırılması önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Akın A.: Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Dergisi., 6(1): 6-8, 2001.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, Çev.: E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994, s.203-219.
3. Arslan H., Ergin A.B., Potur D.Ç., Bilgin N.Ç.: İnfertil Çiftlerin Cinsel Disfonksiyon Yaşama Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst .,18(6):364-71, 2008.
4. Aslan E.: Kadın Orgazm Fizyolojisi. Androloji Bülteni, 33:176-180, 2008.
5. Aycan S., Afşar Ö., Özkan S., ve ark.: 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık. Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü., 2000, s:34.
6. Aydemir Ö., Köroğlu E.: Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayınlar Birliği, s:121-125, 313-316, 2006.
7. Aytekin ve ark.: Psikiyatrik Açıdan İnfertilite. Kadın Doğum Dergisi, Cilt 11, Sayı 3, s:119-120, 1995.
8. Basson R., Berman J., Burnett A.: Derogates L et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. Journal of Sex & Marital Therapy, 27: 83–94, 2001.
9. Beck AT.: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry., 4:561-571, 1961.

10. Beji N.K.: Doğurganlıkla İlgili Sorunlar ve Hemşirenin Değişen Rolü. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları, Editör: Nezihe Kızılkaya Beji. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları-No:4, İstanbul, 2001, s: 1-8.
11. Bengisu E.: Kadın Genital Sistem Anatomisi ve Jinekoloji, Editör: Sinan Berkman. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2004, s: 3-9.
12. Berman J.R., Goldstein I.: Female sexual dysfunction. Urol Clin North Am., 28(2):404-416, 2001.
13. Boivin J., Appleton T.C., Baetens P., ve ark.: Guidelines for counselling in infertility: outline version. Hum Reprod., 16(6):1301-4, 2001.
14. Boivin J., Scanlan L.C., Walker S.M.: Why are infertile patients not using psychosocial counseling. Hum Reprod., 14(5): 1384-91, 1999.
15. Boxer A.S.: Infertility and sexual dysfunction: Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America, 7(3):565-573, 1996.
16. Boxer AS.: Images of infertility. Nurse Pract. Forum., 7:2, s:60-3, 1996.
17. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Cinsel Yaşam ve Sorunları, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, İstanbul, 2007.
18. Coşkun A., Karanisoğlu H.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları., Eskişehir, 1992, s: 19-36, 111-125.
19. Coşkun A.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Editör: Anahit Coşkun. Vehbi Koç Vakfı Yayınları-No:11, Birmat Matbaacılık Ltd. Şti., İstanbul, 2000, s: 1-7.

20. Çavuşoğlu H.: Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Bizim Büro Basımevi, Ankara 1997, s: 5- 11.
21. Çayan S., Akbay E., Bozlu M.: The prevalance of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int.*, 72(1):52-57, 2004.
22. Çınar İ.Ö., Kartal A.: Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyo-demografik Özellikler İle İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5):399-404, 2008.
23. Demirci H.: İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları, Editör: Nezihe Kızılkaya Beji. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları- No:4, İstanbul, 2001, s:103-117.
24. Denton J.: The nurse's role in treating fertility problems. *Nursing Times.*, 94:60-61, 1998.
25. Dere F.: Pelvis' in İskeleti, Perine ve Kadın Genital Sistemi Anatomisi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri, Editör: İsmet Köker. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Adana, 2006, s: 30-43.
26. Drosdzol A., Skrzypulec V.: Quality of Life and Sexual Functioning of Polish infertile Couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 13(3):271-81, 2008.
27. Dunson D.B., Baird D.D., Colombo B.: Increased Infertility With Age in Men and Women. *Obstetrics and Gynecology*, 103:51-56, 2004.
28. Erdinç, O. (2007) Yardımcı Üreme Teknikleri.  
[http://halksagligi.uludag.edu.tr/Seminerler/yardimci\\_uremeteknikleri.pdf](http://halksagligi.uludag.edu.tr/Seminerler/yardimci_uremeteknikleri.pdf).  
(28.11.2007).

29. Ergun Öksüz, Simten Malhan.: Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women, Çev.: Uzm.Dr. Mehmet Gülüm, J Urol (175), 654-658, 2006.
30. Forrest L., Gilbert L.G.: Infertility: an unanticipated and prolonged life crisis. J Mental Hlth Counseling., 14: 42. 1992.
31. Freidman T.: Infertility and assisted reproduction. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 1989; 3(4): 751–767.
32. Geiss I.M., Umek W.H., Dunl A.: et al. Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. Urology. 62: 514–518, 2003.
33. Greil A.L.: Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. Soc Sci Med., 45(11): 1679-704, 1997.
34. Güçsavaş N.: Eşlerin İnfertiliteye Karşı Tepkileri. I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyum Bildirileri., s: 269-273, 1992.
35. Güvel S., Torun D., Kılınç F., Eğilmez T., Özkardeş H.: Hemodiyaliz Programındaki Kadınlarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi. 4. Ulusal Androloji Kongresi Program ve Özet Kitabı, Ankara 2001, s. 28.
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
37. Hammarberg K., Astbury J., Baker H.: Women's experience of IVF: a follow-up study. Hum Reprod., 16(2):374-83, 2001.

38. Herz EK.: Infertility and bioethical issues the new reproductive Technologies: The Psychiatric Clinics of North America. *Women Disorders*, 12(1):117-23, 1989.
39. Hilleges M., Falconer C., Ekman-Ordeberg G., Johansson O.: Innervation of the human vaginal mucosa as revealed by PGP 9,5 immunohistochemistry. *Acta Anatomica.*, 152:119-126, 1995.
40. Hisli N.: Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi.*, 7: 3-13, 1989.
41. İncesu C.: Cinsel İşlev Fizyolojisi, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi. *Türk Psikiyatri Dizini.*, 1:3-11, 1998.
42. Jirka J., Schuatt S., Foxal J.M.: Loneliness and social support in infertile couples. *JOHNN*, 25: 55-59, 1996.
43. Joesoef M.R., Beral V., Aral S.O., Rolfs R.T., Cramer D.W.: Fertility and use of cigarettes, alcohol, marijuana and cocaine. *Annals of Epidemiology*, 4(5):423, 1994.
44. Karanisoğlu H.: Sağlıklı Cinsel Yaşam ve Hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, Cilt 8, Sayı 32., 1994, s.8-13.
45. Kavlak O., Saruhan A.: İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(4):229-232, 2002.
46. Kayır A., Özdemir Ö.: İnsanda Cinsellik. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Editör: Prof. Dr. Cengiz Güleç. Hekimler Yayın Birliği, 2. Baskı, Ankara, 2007, s:416-421.

47. Keçe A.C.: Cinselliğin Dayanılmaz Ağırlığı, Editör: Sedat Akgümüş. Ütopya Grafik Ltd. Şti., Ankara, 2006, s: 41-42, 129-130.
48. Kılınç A.R.: Çukurova Üniversitesi'ne Başvuran İnfertil Çiftlerde İn Vitro Fertilizasyon Endikasyonları. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007, (Danışman: Yard. Doç. Dr. İbrahim Ferhat Ürünsak).
49. Kızılkaya N.: İnfertil Çiftlerin Bilgileri, Uygulamaları ve İnfertilitenin Psikososyal Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1987.
50. Kızıltepe A.: Total Histerektomili Kadınların Benzer Yaş Grubundaki Histerektomi Olmayan Kadınlarla Cinsel İşlevler Açısından Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman: Uz. Dr. Sami Hatipoğlu).
51. Kort H.I., Massey J.B., Elsner C.W., Mitchell-Leef D., Shapiro D.B., Witt M.A. ve ark.: Impact of body mass index values on sperm quantity and quality. Journal of Andrology, 27(3), 450-2, 2006.
52. Krüger T.H.C., Hartmann U., Schedlowski M.: Prolactinergic and dopaminergic mechanisms underlying sexual arousal and orgasm in humans. World J Urol., 23:130-138, 2006.
53. Kurçer A., Eğri M., Genç M., Pehlivan E., Güneş G., Karaoğlu L., Kaya M.: İnfertil Kadınların Geleneksel Halk Kısırlık Tedavileri Konusundaki Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Turgut Özal Tıp Merkezi, 6(4):1999.
54. Lauman E.D., Paik A., Rosen R.C.: Sexual Dysfunction in the United States, Prevalance and Predictors, J.A.M.A., 281 (6): 5537 – 5544, 1999.

55. Laurent S.L., Thompson S.J., Addy C., Garrison C.Z. ve Moore E.E. (1992): An epidemiologic study of smoking and primary infertility in women. *Fertility and Sterility*, 57(3), 565-72.
56. Leblum R.S.: Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 27: 159–168, 2001.
57. Levin R.J., Berlo W.: Sexual arousal and orgasm in subjects who experience Forced or non-consensual sexual stimulation – a review. *Journal of Clinical Forensic Medicine.*, 11:82-88, 2004.
58. Levin R.J.: The physiology and pathophysiology of the female orgasm. Edit: I. Goldstein, C.M. Meston, S.R. Davis, Traish A.M.: *Women’s Sexual Function and Dysfunction Study, Diagnosis and Treatment*, Taylor - Francis, London - Newyork, 2006, p:228-234.
59. Maheshwari A., Hamilton M., Bhattacharya S.: Effect of female age on the diagnostic categories of infertility. *Human Reproduction*, 23(3): 538-542, 2008.
60. Mahlstedt P.P.: The psychological component of infertility. *Fertil Steril.*, 43(3):335-46, 1985.
61. Maruish., Mark E.: *Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment, Volume 3 (3rd edn)*. Mahwah, N.J., U.S.A.: Lawrence Erlbaum Associates, Incorporated., 2004:630-633.
62. Mc Cullom., M.I.: The nurse as patient advocate and counselor. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America.*, 7:483-493, 1996.
63. Mc Murray.: IM. Couples experiences of infertility: a phenomenological study. *J. Adv. Nurs.*, 24:1014-22,1996.



64. McGahuey C.A., Gelenberg A.J., Laukes C.A., Moreno F.A., Delgado P.L., McKnight K.M., Manber R.: The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.*, 26: 25-40, 2000.
65. Meston C.M., Hull E., Lewin R.J., Sipski M.: Kadın Orgazmı. *Seksüel Tıp Erkek ve Kadında Seksüel Fonksiyon Bozuklukları*, Editör: T.F. Lue, R. Basson, R. Rosen, ve diğ.: İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006, s:785-850.
66. Molarius A., Seidel J.C., Sans S., Toumilehto J., Kuulasmaa K.: Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *J Clin Epidemiol*, 52:1213-24, 1999.
67. Monga M., Alexandrescu B., Katz E.S., Stein M., Ganiats T.: Impact of infertility on quality of life. *Marital Adjustment and Sexual Function Urology*, 63(1): 126- 30, 2004.
68. Muthusami K.R., Chinnasway P.: Kronik alkolizmin erkek fertilite hormonları ve semen kalitesi üzerine etkisi. *Fertil Steril*. Çev.: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Turgut, Oct;84(4):919-24, 2005,.
69. Newton C.R., Sherrard W., Glavac I.: The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, 72(1):54-62, 1999.
70. Oğuz H.D.: İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Uz. Dr. Latif R. Alpkan).
71. Olshansky EF.: Acounseling approach with persons experiencing infertility implications for advanced practice nursing. *Adv. Pract. Nurs.*, 2: 42-7, 1996.

72. Orshan S.A.: Maternity, Newborn and Women's Health Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins a Wolters Kluwer business, 2008.
73. Oskay Ü.Y., Beji N.K.: İnfertilite Hemşiresinin Danışman ve Hasta Hakları Savunucusu Olarak Rolü. İnfertilite Sorunu. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları, Editör: Nezihe Kızılkaya Beji. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları- No:4, İstanbul, 2001, s: 93-102.
74. Oskay Ü.Y., Beji N.K.: Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sınıflandırılması, Son Dönemde Yapılan Değişiklikler ve Yeni Sınıflama İçin Öneriler. Androloji Bülteni, 32:79-82, 2008.
75. Önem K., Ahmedov I., Kadioğlu A.: Kadın Cinsel Fonksiyonun Patofizyolojisi. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, Editör: Kadioğlu A., Baflar M., Semerci B., Orhan I., Aşçı R., Yaman M.Ö., Çayan S., Usta M.F., Kendirci M.: Türk Androloji Derneği Yayını, İstanbul, 2004, s: 620-629.
76. Özçelik B., Karamustafalıoğlu O., Özçelik A.: İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:140-148.
77. Peterson B.D., Newton C.R., Feingold T.: Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. Fertil Steril. Oct;88(4):911-4, Apr 11, 2007.
78. Peterson B.D., Newton C.R., Rosen K.H.: Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples Family Process, 42(1): 12- 59, 2003.
79. Pillitteri A.: Maternal and Child Health Nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, s: 165-72, 1992.

80. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Infertility in Developing Countries. Volume 15, Number 3, 1997.
81. Ramezanzadeh F., Aghssa M.M., Jafarabadi M., ve ark.: Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril.*, 85(1):139-43, 2006.
82. Renato P., Laura P. ve Alessandra G.: Obesity and infertility. *Current Opinion in Internal Medicine*, 2008, 7(1):23-28.
83. Sadock V.A.: Normal İnsan Cinselliği ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Kaplan&Sadock's-Comprehensive text book of psychiatry, Editör: Dr. Hamdullah Aydın, Dr. Ali Bozkurt. Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 8.Baskı, Ankara, 2007, s:1910-12-28.
84. Saleh R.A., Ranga G.M., Raina R., ve ark.: Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril.*, 79(4):909-12, 2003.
85. Satman İ., Sengül A.M., Uygur S., et al. Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25:1551-6, 2002.
86. Saydam B.K.: Türk Toplumunda Kısır Kadınların Statüsü. *Sağlık ve Toplum*, 13(1), 30-34, 2003.
87. Schoener C.J., Krysa L.W.: The comfort and discomfort of infertility. *JOGNN.*, 25: 167-171, 1996.
88. Seidell J.C., Deerenberg I.: Obesity in Europe: Prevalence and consequences for use of medical care. *Pharmacoeconomics*, 5 (Suppl 1):38-44, 1994.

89. Serdaroğlu H.: İnfertilite. Jinekoloji, Editör: Sinan Berkman. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2004, s: 260-266.
90. Shindel A.W., Nelson C.J., Naughton C.K., Ohebshalom M., Mulhall J.P.: Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. J Urol. Mar;179(3):1056-9, 2008.
91. Slowinski J.: New Classification on Female Sexual Dysfunction: Some Reflections On the Consensus Report. Journal of Sex & Marital Therapy, 27: 217–220, 2001.
92. Soykan A.: The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. Int J Impot Res Dec., 16(6):531-4, 2004.
93. Sömek A.: İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin).
94. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Türkiye’de Kadının Durumu, Ankara, 2008.
95. Tashbulatova D.: İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007 (Danışman: Atilla Erdoğan).
96. Taşçı E., Bolsoy N., Kavlak O., Yücesoy F.: İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu, Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi (T.J.O.D.), 2008, Cilt 5, Sayı 2, s: 105- 110.

97. Taşkın L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 8. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık., Ankara 2007, s. 37-47.
98. Terzioğlu F., Yücel Ç., Karatay G.: Sigara ve İnfertilite. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
99. Uğur S., Işık Ç.: Obstetrik ve Jinekoloji 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul 2002, s.1-16.
100. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: İnfertilite: Hizmetlerinin Düzenlemesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., Ankara 2000.
101. Upkong D., Orji E.: Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4):259-265, 2006.
102. Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. Soc Sci Med 1995;40:27-36.
103. WHO (2005) Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women Initial Reports on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses, (Geneva, WHO).
104. World Health Organization ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. World Health Organization, Geneva, 1992.
105. World Health Organization: WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple. P:7, Cambridge University Press 1993, Cambridge.

106. Yıldırım M.: İnsan Anatomisi 5. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul 2000, s: 214-229.
107. Zungur M.Z.: Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikiyatri Dünyası, Ankara, 1999, 2:60-64.

## **10. EKLER**

Bu bölümde yer alan ekler:

- 10.1.** Araştırma amaçlı çalışma için bilgilendirilmiş onam formu (Ek-1)
- 10.2.** Kadın görüşme formu (Ek-2)
- 10.3.** Erkek görüşme formu (Ek-3)
- 10.4.** Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Kadın Formu (Ek-4)
- 10.5.** Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu (Ek-5)
- 10.6.** Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-6)
- 10.7.** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı İzni (Ek-7)

## Ek-1

### ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İnfertil çiftler ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, infertilite nedeniyle başvuran çiftlerde, infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkilerini incelemektir. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi ve Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Hemşire Tuba KIRÇO tarafından eşinize ve size konu ile ilgili anket uygulanacaktır.

***Oluşabilecek riskler:*** görüşme esnasında cinsel yaşamınızla ilgili sorular sizde ve eşinizde rahatsızlık uyandırabilir ama hasta mahremiyetine özen gösterilerek ayrı bir odada sizinle görüşme yapılacaktır. Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle kimseyle paylaşılmayacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılamayacaktır.



Anket uygulama süresi yaklaşık 15-20 dakika kadar sürebilir. Bu çalışma için 150 katılımcı çift ile görüşülmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çekilme hakkına da sahipsiniz.

### ***Katılımcının/Hastanın Beyanı***

Sayın **Hemşire Tuba KIRÇO** tarafından İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı (denek)” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hemşire Tuba KIRÇO, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Aseptik Servisi, 0212.414.30.00/21445’ ten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı (denek)” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

## **GÖNÜLLÜ ONAY FORMU**

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel. :

İmza:

### **Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel. :

İmza:

**Katılımcı ile görüşen Hemşire**

Adı, soyadı, ünvanı: Tuba KIRÇO, Hemşire

Adres: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı  
Aseptik Servisi

Tel. : 0212.414.30.00

İmza:

**Ek-2**  
**GÖRÜŞME FORMU(KADIN)**

- 1- Yaşınız?....
- 2- Boyunuz?....
- 3- Kilonuz?....
- 4- Yaşadığınız yer? ( ) 1. Şehir Merkezi ( ) 2. Kırsal bölge
- 5- Aile biçiminiz?  
( ) 1. Çekirdek  
( ) 2. Eşinin ailesi ile birlikte yaşıyor.  
( ) 3. Kendi ailesi ile birlikte yaşıyor.
- 6- Öğrenim durumunuz? ( ) 1. İlkokul ( ) 2.Orta öğretim ( ) 3.Yüksek  
öğretim
- 7- Mesleğiniz? ( ) 1. Ev hanımı ( ) 2. İşçi ( ) 3. Memur ( ) 4. Diğer.....
- 8- Halen çalışıyor musunuz? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
- 9- Sosyo-ekonomik düzeyiniz? ( ) 1. Kötü ( ) 2. Orta ( ) 3. İyi ( ) 4. Çok iyi
- 10- Sosyal desteğiniz? ( ) 1. Yok ( ) 2. Yeterli ( ) 3. Yeterli değil
- 11- Tedavi masraflarınızı kim karşılıyor?  
( ) 1. Kendim  
( ) 2. Sosyal güvencem  
( ) 3. Bir kısmını kendim, bir kısmını sosyal güvencem  
( ) 4. Ailem ve yakınlarım destek oluyor.

## **Evlilikle ilgili anamnez**

12- Kaçınıcı evliliğiniz?....

13- Diğer evliliğinizden çocuğunuz var mı? ( ) 1. Evet.../sayı ( ) 2. Hayır

14- Şimdi evli olduğunuz kişiyle evlilik biçiminiz?

( ) 1. Görücü usulü / istemeden

( ) 2. Görücü usulü/isteyerek

( ) 3. Tanışarak

15- Kaç yıldır evlisiniz?....

16- Eşinizin size çocuğunuz olmadığından dolayı şiddet uyguladığını düşünüyor musunuz? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

17- Cevabınız “Evet” ise şiddet sıklığı nedir? ( ) 1. Nadiren ( ) 2. Ara sıra  
( ) 3. Sık sık

18- Cevabınız “Evet” ise şiddet çeşidi hangisidir? ( ) 1. Sözel ( ) 2. Fiziksel  
( ) 3. Cinsel ( ) 4. Ekonomik

19- Evlat edinmeyi düşünür müsünüz? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır ( ) 3. Emin değilim

20- Şu anda eşinize karşı neler hissediyorsunuz?

( ) 1. Çok seviyorum

( ) 2. Seviyorum

( ) 3. Kardeş gibiyiz

( ) 4. Anlaşamıyoruz

( ) 5. Çok şiddetli geçimsizlik

## Obstetrik ve jinekolojik anamnez

21- İlk adet yaşıınız?....

22- Adetiniz düzenli midir? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

23- Adet sırasında rahatsızlık yaşıyor musunuz?

- ( ) 1. Hayır
- ( ) 2. Fazla kanama
- ( ) 3. Ağrı
- ( ) 4. Diğer....

24- Daha önce kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

- ( ) 1. Korunmadım.
- ( ) 2. Geri çekme yöntemi
- ( ) 3. Prezervatif ( Kılıf)
- ( ) 4. RİA( Spiral)
- ( ) 5. Diğer.....

25- Gebelik sayınız?.....

26- Canlı doğum sayınız?.....

27- Doğum şekliniz? ( ) 1. Normal doğum ( ) 2. Sezaryen ( ) 3. Vakum

28- Düşük sayısı?....

29- İsteyerek çocuk aldırınız mı? ( ) 1. Evet..../sayı ( ) 2. Hayır

30- Daha önceden geçirmiş olduğunuz ameliyat var mı?

- ( ) 1. Yok
- ( ) 2. Jinekolojik (.....)

( ) 3. Karın ameliyatı (.....)

( ) 4. Diğer (.....)

31- Daha önceden geçirmiş olduğunuz genital enfeksiyon var mı? ( )1. Evet

( )2. Hayır

32- Cevabınız “Evet” ise nedeni nedir? (.....)

### **Kişisel alışkanlıklar**

33- Sigara kullanıyor musunuz? ( ) 1. Hayır ( ) 2. Evet .....paket/gün

34- Alkol kullanıyor musunuz? ( ) 1. Hayır ( ) 2. Evet .....kadeh/gün

35- Devamlı kullandığınız ilacınız var mı? ( ) 1. Hayır ( ) 2. Evet(.....)

### **İnfertilite ile ilgili anamnez**

36- Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor?.....

37- Çocuğunuzun olmama nedenlerini biliyor musunuz?

( ) 1. Bilmiyor

( ) 2. Eşine ait nedenler

( ) 3. Kendine ait nedenler

38- Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?.....

39- Kaç defa tüp bebek denediniz?.....

40 - Daha önce tüp bebek denediyseniz nasıl sonuçlandı?

( ) 1. Negatif..../sayı ( ) 2. Canlı doğum...../sayı

41- İnfertilite sonucunda eşinizin tutumunda değişiklik hissediyor musunuz?

( ) 1. Hayır ( ) 2. Olumlu değişti ( ) 3. Olumsuz değişti

42- İnfertilite durumuna eşinizin ailesinden tepki var mı?

( ) 1. Yok

( ) 2. Anlayışlı ve destekleyici

( ) 3. Eleştirel ve küçümseyici

( ) 4. Diğer....

43- İnfertilite tedavi sürecinde sağlık elemanlarının yaklaşımını nasıl buldunuz?

( ) 1. Olumlu ( ) 2. Olumsuz



**Ek-3**

**GÖRÜŞME FORMU(ERKEK)**

- 1- Yaşınız?....
- 2- Boyunuz?....
- 3- Kilonuz?....
- 4- Öğrenim durumunuz? ( ) 1. İlkokul ( ) 2.Orta öğretim ( ) 3.Yüksek öğretim
- 5- Mesleğiniz? ( ) 1. Serbest ( ) 2. İşçi ( ) 3. Memur ( ) 4. Diğer.....
- 6- Halen çalışıyor musunuz? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

**Evlilikle ilgili anamnez**

- 7- Kaçınıcı evliliğiniz?....
- 8- Diğer evliliğinizden çocuğunuz var mı? ( ) 1. Evet.../sayı ( ) 2. Hayır
- 9- Eşinizin size çocuğunuz olmadığından dolayı şiddet uyguladığınızı düşünüyor musunuz? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
- 10- Cevabınız “Evet” ise şiddet sıklığı nedir? ( ) 1. Nadiren ( ) 2. Ara sıra ( ) 3. Sık sık
- 11- Cevabınız “Evet” ise şiddet çeşidi hangisidir? ( ) 1. Sözel ( ) 2. Fiziksel ( ) 3. Cinsel ( ) 4. Ekonomik
- 12- Evlat edinmeyi düşünür müsünüz? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır ( ) 3. Emin değilim
- 13- Şu anda eşinize karşı neler hissediyorsunuz?

- 1. Çok seviyorum
- 2. Seviyorum
- 3. Kardeş gibiyiz
- 4. Anlaşamıyoruz
- 5. Çok şiddetli geçimsizlik

### **Kişisel alışkanlıklar**

- 14- Sigara kullanıyor musunuz?  1. Hayır  2. Evet .....paket/gün
- 15- Alkol kullanıyor musunuz?  1. Hayır  2. Evet .....kadeh/gün
- 16- Devamlı kullandığınız ilaç var mı?  1. Hayır  2. Evet(.....)

### **İnfertilite ile ilgili anamnez**

- 17- Çocuğunuzun olmama nedenlerini biliyor musunuz?
- 1. Bilmiyor
  - 2. Eşine ait nedenler
  - 3. Kendine ait nedenler
- 18- İnfertilite sonucunda eşinizin tutumunda değişiklik hissediyor musunuz?
- 1. Hayır  2. Olumlu değişti.  3. Olumsuz değişti.
- 19- İnfertilite durumuna eşinizin ailesinden tepki var mı?
- 1. Yok  2. Anlayışlı ve destekleyici  3. Eleştirel ve küçümseyici
- 20- İnfertilite tedavi sürecinde sağlık elemanlarının yaklaşımını nasıl buldunuz?
- 1. Olumlu  2. Olumsuz

## Ek-4

### ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (KADIN FORMU)

Lütfen her maddede, bugünde de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

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

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

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

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

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

4. Ne kadar kolay orgazm(boşalma) olursunuz?

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

5. Orgazmınız( boşalmanız) tatmin edici midir?

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

**Ek-5**

**ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ERKEK FORMU)**

Lütfen her maddede, bugünde de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

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

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

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

3. Penisiniz(cinsel organınız) kolayca sertleşir ve sertliğini sürdürür mü?

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

4. Ne kadar kolay orgazm(boşalma) olursunuz?

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

5. Orgazmınız( boşalmanız) tatmin edici midir?

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

**Ek-6**  
**BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu anda dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

- 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 yok ve bu durum düzelmeyecek.
  
- 3- a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.  
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak 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) Bana zevk veren 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) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.  
b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.  
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.  
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 yapamam.  
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.  
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
- 10-a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
b) Eskisine göre şu sıralarda daha çok ağlıyorum.  
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.  
d) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11- a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin değilim.  
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.  
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.  
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.



- 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) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.  
b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.  
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.  
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.  
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.  
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla çaba harcıyorum.  
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.  
d) Hiç çalışamıyorum.
- 16- a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.  
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum.  
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk 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) Şu sıralarda neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.  
d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

- 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 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 Őeyleri düşünmek zor geliyor.  
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir Őeyleri düşünemiyorum.
- 21- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir Şey yok.  
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.  
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek-7

10.7. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı İzni



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI

T.C.  
İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI

Sayı: 537

Geldiği Tarih: 10 Şubat 2009

10 Şubat 2009



Sayı : 1138

Konu :

Dekanlık Makamına

İstanbul ..... / ..... / .....

14 Ocak 2009

İLGİ:23.12.2008 tarihli, 36591 sayılı yazınıza:

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğr.Gör.AYTEN DİNÇ'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi TUBA KIRÇO'nun yürüteceği "İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 06 Ocak 2009 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica ederim.

EKİ:  
1 dosya

11 Şubat 2009

Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM  
Dekan Yardımcısı ve Etik  
Kurul Başkanı

per. m. d.  
İlgili yazı ile beraber

By. Suat

Not: Yanıtlarda yazınızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

Gelen Evrak  
Tarih: 26.02.09  
Sayı: 28  
Ek: -

## 11. ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında İstanbul'da doğan Tuba KIRÇO, ilkokulu Gaziosmanpaşa İlköğretim Okulu'nda, ortaokulu Rami Atatürk Ortaokulu'nda, liseyi Cibali Lisesi'nde okudu. 2003 yılında Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Yüksekokulu'nda lisans eğitimine başladı.

2007 yılında Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Yüksekokulu'nda; lisans eğitimini tamamladıktan sonra, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Aseptik Servisi'nde servis hemşiresi olarak göreve başladı. Aynı zamanda 2007 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programına başladı. Türk Hemşireler Derneği ve Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği'ne üyedir.

*İstanbul -2009*