



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HDK-YL-2013-0004

İNFERİLİTE SORUNU YAŞAYAN ÇİFTLERDE
CİNSEL İŞLEV DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN
İNCELENMESİ

Özlem ALGÜL

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hilmiye AKSU

AYDIN-2013

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HDK-YL-2013-0004

İNFERTİLİTE SORUNU YAŞAYAN ÇİFTLERDE
CİNSEL İŞLEV DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN
İNCELENMESİ

Özlem ALGÜL

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hilmiye AKSU

AYDIN-2013

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

DOĞUM- KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEHMSİRELİĞİ Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özlem ALGÜL tarafından hazırlanan "Infertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı tez. 06/09/2013 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

- 1- Doç.Dr. Hilmiye AKSU
- 2- Yrd.Doç.Dr. Sevgi ÖZSOY
- 3 - Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER

Üniversitesi :

- Adnan Menderes Üniversitesi
- Adnan Menderes Üniversitesi
- Adnan Menderes Üniversitesi

İmzası:



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Yönetim Kurulumun,..... Sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çocuk sahibi olma bir toplumdaki insan için hayati önem taşır ve onun yokluğu cinsel işlev durumunu etkileyerek suçluluk, yetersizlik, umutsuzluk ve keder gibi birçok etkiye neden olabilir. Dolayısıyla infertilite, cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesi komplike bir yaşam krizidir.

Cinsel fonksiyon bozukluğunun bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisi bilinmektedir. Bu durum infertilite söz konusu olunca daha yüksek oranda karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca eşler infertiliteye farklı tepkiler gösterebilir. Bazı toplumlarda özellikle infertil kadınlar eşi ve ailesi tarafından küçümsenmekte, yok sayılmakta ya da suç olarak görülmekte, bazı önemli sosyal olayların dışında bırakıldığı bilinmektedir. Dolayısıyla kadınların cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu açıkça görülmektedir.

Etrafımda birçok infertilite öyküsüyle karşılaşmam ve bu durumdan etkilenmem bu konu üzerinde araştırma yapmama neden olan etkenlerden oldu. Bu araştırma infertilite sorunu yaşayan çiftlerde infertilitenin, cinsel işlev durumu ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu bağlamda araştırma sonuçlarının infertil çiftlerin tedavisine katılan sağlık çalışanlarının çiftlere yaklaşımlarında ve sundukları danışmanlık hizmetlerinde rehber olabilmesi, çiftlerin en uygun şekilde yönetiminde daha fazla araştırma yapılmasında yol gösterici olması amaçlanmaktadır.

Araştırma sonuçlarının bu konuda çalışmalar yapan ve eğitim, danışmanlık hizmetleri sunan meslektaşlarıma rehber olması dileğimle.

Özlem ALGÜL

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Genel Bilgiler	4
1.3.1. İnfertilite Tanım.....	4
1.3.2. İnfertilitenin Tarihçesi	4
1.3.3. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler	5
1.3.4. İnfertilite Nedenleri	6
1.3.4.1. Kadına Ait İnfertilite	6
1.3.4.2. Erkeğe Ait İnfertilite.....	10
1.3.4.3. Açıklanamayan İnfertilite	12
1.3.5. Kadın ve Erkek İnfertilitesinde Tedavi	13
1.3.6. İnfertilitenin Kadın ve Erkek Psikolojik Etkileri.....	16
1.3.7. İnfertilitede Cinsiyet Farklılıkları	17
1.3.8. İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı	18
1.3.9. Cinsel İşlev Durumu.....	19
1.3.10. Kadın Cinsel İşlev Fizyolojisi	20
1.3.10.1. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları.....	20
1.3.10.2. İnfertilite ile İlişkili Kadına Ait Cinsel Sorunlar	21
1.3.11. Erkek Cinsel İşlev Fizyolojisi	22
1.3.11.1. Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları.....	23
1.3.12. Kadın ve Erkek Cinsel İşlev Bozukluğunda Tedavi.....	25
1.3.13. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Olan İnfertil Çiftte Hemşirelik Yaklaşımı	26
1.3.14. İnfertil Çiftlerin Yaşam Kalitesi	27
1.3.14.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Önemi	27
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
2.1. Araştırmanın Şekli.....	30

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	30
2.3. Zaman çizelgesi	30
2.4. Araştırmanın Evreni	30
2.5. Araştırmanın Örneklemi	31
2.6. Araştırmaya Dahil Olma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	31
2.7. Verilerin Toplanması	31
2.7.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	31
2.7.2. Anket Formunun Ön Uygulaması	33
2.7.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	33
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	33
2.10. Araştırmanın Etik Boyutu	34
3. BULGULAR	35
3.1. İnfertil Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları	35
3.2. İnfertil Kadınların ACYÖ Puanı ile İlgili Bulguları	39
3.3. İnfertil Erkeklerin ACYÖ Puanı ile İlgili Bulguları	40
3.4. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Cinsel İşlev Ölçek Puanları Arasındaki Farka İlişkin Bulguları	41
3.5. İnfertil Kadınların Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguları	42
3.6. İnfertil Erkeklerin Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguları	42
3.7. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki Farka İlişkin Bulguları	43
3.8. İnfertil Kadınların Cinsel İşlev Ölçek Puanı ile Yaşam Kalitesi Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	44
3.9. İnfertil Erkeklerin Cinsel İşlev Ölçek Puanları ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	44
4. TARTIŞMA	46
4.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-demografik Özellikleri, Evliliklerine İlişkin Bilgilerine Göre Özellikleri	46
4.2. İnfertil Çiftlerin İnfertiliteyi Etkileyebilecek Özellikleri, İnfertilite ile İlgili Öykülerine Göre Özellikleri	46
4.4. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Cinsel İşlev Ölçek Puanları	50
4.5. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	51

4.6. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Cinsel İşlev Ölçek Puanları ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	52
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
5.1. Sonuç	53
5.2. Öneriler.....	56
ÖZET	58
SUMMARY	60
KAYNAKLAR.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	76
TEŞEKKÜRLER.....	77
EKLER	78

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACYÖ:	Arizona cinsel yaşantılar ölçeği
DSM:	Psikiyatrik tanı ölçütü (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
E2:	Estrodiol
FSH:	Folikül stimüle edici hormon (Follicle stimulating hormone)
GİFT:	Gamet intra fallopian transferi
GnRH:	Gonadotropin-releasing hormon
HSG:	Histerosalpingografi
ICD:	Psikiyatrik tanı ölçütü (International statistical classification of diseases)
ICSI:	İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu
IUI:	İntrauterin inseminasyon
IVF:	İn vitro fertilizasyon
KOH:	Kontrollü ovaryen hiperstimülasyon
LH:	Lüteinize edici hormon (Luteizing hormone)
NCSS:	Sayı Cruncher İstatistik Sistemi
ph:	Hidrojen gücü (power of hydrogen)
SPSS:	Package for Social Science
TSH:	Tiroid stimüle edici hormon (Thyroid-stimulating hormone)
WHOQOL:	Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği
ZİFT:	Zigot intra fallopian transferi

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge.3.1.1. İnfertil Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları	35
Çizelge.3.1.2. İnfertil çiftlerin infertiliteyi etkileyebilecek özellikleri ve infertilite ile ilgili öyküleri.....	37
Çizelge.3.2.1. İnfertil kadınların ACYÖ puanları	39
Çizelge.3.2.2. İnfertil kadınların ACYÖ alt grup puan ortalamaları.....	39
Çizelge 3.2.3. İnfertil kadınların ACYÖ alt grup puan dağılımı.....	40
Çizelge.3.3.1. İnfertil erkeklerin ACYÖ puanları	40
Çizelge.3.3.2. İnfertil erkeklerde ACYÖ alt grup puan ortalamaları	40
Çizelge 3.3.3. İnfertil erkeklerin ACYÖ alt grup puan dağılımı.....	41
Çizelge.3.4.1. İnfertil kadın ve erkeklerin ACYÖ puanları	41
Çizelge.3.4.2. İnfertil kadın ve erkeklerin cinsel işlev ölçek puanlarının karşılaştırılması.	42
Çizelge.3.5.1. İnfertil kadınların yaşam kalitesi ölçek puanları	42
Çizelge.3.6.1. İnfertil erkeklerin yaşam kalitesi ölçek puanları	42
Çizelge.3.7.1. İnfertil kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi ölçek puanları	43
Çizelge.3.7.2. İnfertil kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması	43
Çizelge.3.8.1 İnfertil kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki ...	44
Çizelge.3.9.1. İnfertil erkeklerin ACYÖ puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki	44

EKLER DİZİNİ

EK 1. Kadın Soru Formu	78
EK 2. Erkek Soru Formu	82
EK 3. Kadın ve Erkeklerin WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği	85
EK 4. Gönüllü Olur Formu.....	88
EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Belgesi	91
Ek 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi.....	92

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite bir yıl korunmasız, haftada üç dört kez cinsel ilişki olmasına rağmen gebe kalamama ya da gebeliği sürdürmemeye durumu olarak tanımlanır (Kraft ve ark 1980, Green ve ark 2001, Schmid ve ark 2004, Taşçı ve ark 2008). Dünya Sağlık Örgütü' nün tahminine göre infertil çiftlerin oranı dünyada yaklaşık %8-12 arasındadır (WHO 1993). Güney Asya' da %4-6, Çin' de %7-10 ve Amerika' da %10 infertilite problemine sahip evli çift olduğu, Türkiye' de ise bu oranın %10 olduğu rapor edilmiştir.

Çiftler arasında görülme sıklığı bu kadar yüksek olan infertilite etyolojisi incelendiğinde çiftlerin %40-50'sinde sorunun izole kadın faktörüne, %30'unda izole erkek faktörüne ve geriye kalan %20'sinde ise hem kadın hem erkek faktörüne bağlı olduğu görülmektedir (Cabler ve ark 2010, Dohle 2010). Evliliklerin çoğunda çocuk doğurma önemli bir durumdur ve cinsel ilişkilerinin sonucunda gebelik çiftlerin çoğu için beklenilmektedir. Birçok ülkede infertil çiftlerin %80'i infertilite tedavisi için özel sağlık hizmeti almaktadır (Yeşiltepe ve ark 2010). Türkiye' de infertil kadınların %90'ı çocuk sahibi olmak için tıbbi yardım görmektedir (Yeşiltepe ve ark 2010).

İnfertilite çiftlerin ya da bireylerin cinselliğini etkileyebilir. Doğurganlık bir toplumdaki insan için hayati önem taşır ve onun yokluğunda cinsel aktiviteyi etkileyerek öfke, panik, umutsuzluk ve keder gibi birçok etkiye neden olabilir. Dolayısıyla çocuk sahibi olamamaya bağlı olarak cinsel disfonksiyon görülebilir (Read 1999, Şahin ve ark 2006). Azalmış cinsel ilişki sonucu oluşan infertilite, cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olmasına rağmen infertilitenin cinsel fonksiyonlar üzerine doğrudan etkisi açısından sınırlı bilgi vardır (Millheiser ve ark 2010). İnfertilitenin altında yatan bir neden önceden var olan cinsel işlev bozukluğu olabilir (Millheiser ve Lathi 2008). Çiftlerde çocuk sahibi olamamaya neden olan etkenler arasında, evlilik sorunları, kendine güven azlığı, cinsel performansla ilgili tatminin az olması ve cinsel birleşme sıklığının azalması gösterilmiştir (Upkong ve Orji 2006).

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 (Boivin ve ark 2001) diğer taraftan

ve büyük oranda infertilite ve tedavi uygulamaları sırasında gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Read 1999). Kaygı ve depresif semptomlar için de benzer durum söz konusu olup, emosyonel sorunlar infertilitenin sebebi ya da sonucu olabilmektedir (Greil 1997, Read 1999). Ayrıca emosyonel durumun gebelik oluşumuna etkisi bulunmadığını belirten araştırmaların (Milad ve ark 1998, Anderheim ve ark 2005) aksine kadınların tedavi başlangıcındaki yüksek kaygı düzeyi ve depresif semptom şiddetinin gebelik olasılığını azaltarak fizyolojik faktörleri etkilediğini gösteren sonuçlar bulunmaktadır (Smeenk ve ark 2001, Fıdo ve Ajmal 2004). 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 (Boivin ve ark 1999) cinsel işlev bozukluğu, depresyon, kaygı ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olmaktadır (Read 1999, Hammarberg ve ark 2001, Karlıdere ve ark 2007).

İnsanda temel içgüdülerden biri üreme içgüdüsüdür (Drosdzol ve Skrzypulec 2009). Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damga yaratır ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır (Drosdzol ve Skrzypulec 2009). İnfertilite; suçluluk, yetersizlik, çaresizlik, kızgınlık, inkar ve depresyon tepkileri uyandırır (Şahin ve ark 2004). İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir (Kennedy ve ark 1998, Oğuz 2004, Taşçı ve ark 2008).

Türk toplumu diğer toplumlarda olduğu gibi infertiliteyi bir kriz olarak dikkate alır. Fakat geleneksel yapıdaki toplumlarda aşırı baskı sorunun ciddiyetini artırır ve evliliğin temel unsurlarından biri gebe kalma yeteneği olarak görülür. Bu yüzden infertil çiftlerde kısırlık ciddi bir engel olarak kabul edilir (Khayata ve ark 2003, Saydam 2003, Özkan ve Baysal 2006, Gürhan ve ark 2007). Ayrıca infertil çiftlerde cinsel fonksiyon bozukluğu; sık görülen, yaşam kalitesini, özgüveni azaltan, yalnızlık duygusuna neden olan ve kişiler arası ilişkilerini etkileyen bir sağlık sorunudur (Laumann ve ark 1999). Bu nedenle üreme merkezlerine başvuru sırasında, cinsel işlev bozukluğu olanlara tedavi ve destek verilmesinin gebelik şansını arttırabileceği ileri sürülmektedir (Slade ve ark 1997).

Özellikle siklusun fertil zamanları sırasında cinsel ilişkide bulunma gerekliliği, cinsel ilişkinin doğallığının kaybolup ev ödevi gibi yaşanmasına yol açar. Kişi

infertilitesinden dolayı cinsel olarak kendini yetersiz hissedebilir, evlilik ve cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilginin kaybolmasıyla sonunda depresif hale gelebilir (Tashbulatov 2007).

İran’ da Rashidi ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) IVF tedavisi alan kadın ve erkeklerin yaşam kalitesine bakıldığında, erkekler kadınlara göre daha iyi ve kaliteli yaşam sürmektedir. Genel olarak, genç yaşta olma, kadın olma ve düşük eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki önemli derecede anlamlı bulunurken; infertilite süresi, daha önce infertilite tedavisi alma ya da infertilite nedenleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (Rashidi ve ark 2008).

Cinsel işlevler evlilik hayatında çok önemli bir rol oynamaktadır. Cinsel işlev bozukluğu olan eş sıklıkla gergin ve sinirlidir. Dolayısıyla çiftin evlilik hayatında sıkıntı ve gerginliğe yol açar. İnsanın duyguları, cinselliği ve kişiliği doğurganlığıyla çok yakından ilgilidir. Çeşitli psikoseksüel bozuklukların bir nedeni ya da etkisinin de infertilite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Seibel ve Taymor 1992, Anafarta ve ark 2007). Jain ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında infertil çiftler arasında bazı cinsel fonksiyon bozuklukları görülmüştür. Azalmış libido ve dispareniyanın yanı sıra yorgunluk, sırt ağrısı, lökore, çocuk sahibi olamamanın gizli eksikliği gibi durumlara bağlı cinsel fonksiyon bozukluğu görülmektedir. İsviçre’ de IVF tedavisi alan infertil kadın ve erkekler ile yapılan çalışmada kadınlarda seksüel problemler %15,1 iken erkeklerde seksüel problem görülmemiştir. Major depresif hastalık %10,9, anksiyete %10,1 iken erkeklerde bu oran %5,1 ve %3,9 olarak görülmüştür (Volgsten ve ark 2008). İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesinin infertilite ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada erkeklerin ruhsal sağlığı kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bulgulara göre, ruhsal ve sosyal problemler kadınların cinsel fonksiyonlarını oldukça etkilemektedir. Özellikle kadın cinselliği çevresel faktörlerden daha fazla etkilenmektedir (Arslan ve ark 2008).

1.2. Araştırmanın Amacı

İnfertilitenin cinsel işlevi olumsuz etkilediği ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir. İnfertilite çiftlerde evlilik sorunları, cinsel isteksizlik, depresyon, suçluluk gibi olumsuzluklara yol açarak yaşam kalitesini etkilemektedir.

Bu araştırma infertilite sorunu yaşayan çiftlerde infertilitenin, cinsel işlev durumu ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda araştırma sonuçlarının infertil çiftlerin tedavisine katılan ebe, hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanlarının infertilite tedavisi gören çiftlere yaklaşımlarında ve sundukları danışmanlık hizmetlerinde rehber olabilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

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 (Taşçı ve ark 2008). DSÖ infertiliteyi sosyal bir hastalık olarak bildirmektedir (WHO 1993).

1.3.1. İnfertilite Tanım

İnfertilite bir yıl korunmasız, haftada üç dört kez cinsel ilişki olmasına rağmen gebe kalamama ya da gebeliği sürdürmemeye durumu olarak tanımlanır (Schmid ve ark 2004, Anderheim ve ark 2005, Taşçı ve ark 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün infertilite tanımında ise, bu süre 2 yıla kadar uzatılmaktadır (WHO 1993).

İnfertilite çeşitleri primer infertilite ve sekonder infertilite olarak 2'ye ayrılmaktadır. Primer infertilite; 12 ay boyunca hiç kontraseptif yöntem kullanılmamasına rağmen gebelik öyküsü olmamasına denir. Sekonder infertilite; Başarısız bir gebelik girişimi olan (düşük vb.) ya da daha önce gebelik olduğu halde bir yıldan fazla korunmadan cinsel birliktelik yaşayanlarda tekrar gebe kalınmamasına denir (Upkong ve Orji 2006, Clayton ve Hamilton 2009, Drosdzol ve Skrzypulec 2009).

1.3.2. İnfertilitenin Tarihçesi

İnfertilitenin insanlık tarihine ait yazılı kaynakların elde edildiği milattan önceki 4000'li yıllardan günümüze kadar her toplum ve kültür için son derece önemli bir olgu olduğu bilinmektedir (Grenhall ve Vessey 1990). İlk defa eski Mısırda gebeliğin erken tanısı ve kısırlığın önlenmesiyle ilgili reçeteler kullanılmıştır (Morice ve Josset 1995).

İnfertilitede önemli tedavi seçeneklerinden biri olan tüp bebek ilk defa 1978 yılında İngiltere’ de Profesör Edwards ve Profesör Steptoe tarafından tubal tıkanıklığı olan bir hastada gerçekleştirilmiştir ve Lois Brown adlı kız çocuğu dünyaya gelmiştir. O tarihten bu yana tüp bebek tedavisinin yöntem ve uygulamasında inanılmaz değişiklikler olmuş ve 1993 yılında erkek infertilitesi açısından önemli bir adım atılarak mikroenjeksiyon olarak da adlandırılan ilk intra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) işlemi uygulanmış ve başarıyla sonuçlanmıştır (Attar 2008).

1.3.3. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler

Bireylerde fertilitiyi birçok faktör etkilemektedir. Bunlar;

- Kadın ve erkeğin yaşı; Kadınlarda fertilitiy 20-25 yaşlarında pik yapar, 35 yaşından sonra kaliteli oosit yapımı azalır, 40 yaşından sonra minimaldir. Erkeklerde ise 40 yaşından sonra fertilitiy hızı düşmektedir.
- Koitus sıklığı ve zamanlama; Gebelik olasılığını arttırmanın en etkili yolu, ovulasyondan önce cinsel ilişkide bulunulmasıdır. Spermiler kadın vücudunda 72 saatten fazla canlılıklarını sürdürebilirler. Ovumun yaşam süresi ise fertilize olmazsa ancak 12 saat kadardır.
- Vücut ağırlığı; Aşırı şişmanlık ya da zayıflık overlerin fonksiyonlarında değişime neden olmaktadır.
- Sigara, alkol, kafein ve uyuşturucu ilaç kullanım; sigara overler ve bütün semen parametreleri üzerinde toksik etkiye sahiptir. Alkol bir teratojendir ve embriyo üzerinde toksik etkileri vardır. Kafein, uterusu giden kan akımını azaltır ve fertilitiy üzerinde olumsuz etkileri vardır. Uyuşturucu madde içeren ilaçlar erkeklerde testesteron düzeyinde düşmeye neden olarak sperm kalitesini azaltır.
- Psikolojik nedenler; yetersizlik, çaresizlik, depresyon fertilitiyi etkileyen faktörlerdir (Kılınç 2007, Taşkın 2007,Şirin ve Kavlak 2008, Millheiser ve ark 2010).

1.3.4. İnfertilite Nedenleri

İnfertilite nedenleri 3'e ayrılmaktadır.

1. Kadına ait nedenler (%40-50)

- Ovulatuvar (%30-40)
- Tubal/Peritoneal Faktör (%20-40)
- Servikal ve İmmünolojik Faktörler (%1-2)
- Diğer

2. Erkeğe ait nedenler (%30-40)

3. Açıklanamayan (%10-15) nedenler olarak 3 gruba ayrılmaktadır (Miller ve ark 1999, Lee ve ark 2001).

Polonyada infertil çiftlerin yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon bozukluğuna yönelik yapılan bir çalışmada kadınların infertilite nedenleri arasında; ovulasyon bozuklukları %54.4, polikistik over sendromu %19.9, idiyopatik infertilite %22.3, tubal tıkanıklık %16.5, erkek infertilitesi %16.0, uterusun yapısal anomalileri %7.3, endometriosisiz %4.4, diğer faktörler %2.9 oranında yer almaktadır (Drosdzol ve Skrzypulec 2010).

1.3.4.1 Kadına Ait İnfertilite

Kadında infertilitenin başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi için her şeyden önce nedenin bulunması gerekir. Bunun için de öykünün alınması, klinik muayenenin yapılması, gerekli tetkiklerin uygulanması esastır (Eker ve ark 2001, Aksu ve Demirtaş 2004, Bakacak 2005).

Kadın infertilitesi nedenleri

Ovulatuvar bozukluklar: Anovulasyon, amenore ve adet düzensizlikleriyle kendini gösterir. İnfertil hastalarda ovulasyonun olup olmadığı mutlaka tesbit edilmelidir. Ovulasyon, hipotalamus, hipofiz ve over aksının düzenli çalışmasıyla sağlanır. Bu aksın herhangi bir aşamasındaki bozukluk sonucu, anovulasyon oluşabilir.

Ovulasyonun tesbitinde çeşitli yöntemler kullanılabilir.

1. Hikaye: 21-35 günde bir düzenli adet görmek ve adet öncesi göğüslerde şişkinlik, hassasiyet, dismenore gibi premenstrüel ve menstrüel semptomların varlığı muhtemel ovulasyonun belirtileridir.

2. Lüteinize edici hormon (LH) Monitorizasyonu: Ovulasyon LH yükselmeye başladıktan 34-36, LH pikinden 10-12 saat sonra gerçekleşir. Bu nedenle LH yükselmesinin tesbiti ile ovulasyonun varlığı ortaya konabilir (Lee ve ark 2001, Aksu ve Demirtaş 2004, Drosdzol ve Skrzypulec 2008).

Tubo-peritenoel faktörler:

- Pelvik adhezyonlar
- Pelvik İnflamatuvar Hastalık
- Pelvik Operasyonlar
- Ekstragenital Orjinli Enfeksiyonlar
- Genital Tuberküloz
- Endometriozis
- Tubal Polipler (sadece tubal infertiliteye neden olur)
- Hidrosalpenks gibi faktörler tubo-peritenoel faktörleri oluşturmaktadır (Miller ve ark 1999, Steeg ve ark 2007, Clayton ve Hamilton 2009).

Servikal ve immunolojik faktörler: Servikal mukusun yapısı, sperm geçişini etkiler. Östrojen mukus üretimini arttırırken, progesteronu baskılar. Ovulasyona yakın servikal mukus miktarı artar, sulu, alkali yapıda ve hücreden fakir olur. Bu dönemde servikal mukusun, elastikiyeti, uzama özelliği artmıştır. Bu özellik Spinnbarkeit testi¹ ile değerlendirilir. Ayrıca mukusun kalitesini gösteren ve estrojen etkisini yansıtan Fern testi² pozitiftir.

Servikal faktörün, infertilite üzerine etkisini değerlendiren klasik yöntem 'Post koital test'dir. Test 3-4 günlük cinsel perhiz sonrası yapılan koitustan sonra, servikal kanaldan alınan, servikal mukus ve spermelerin incelenmesidir. Mikroskopta canlı

¹ Servikal mukus normalde 3-4 cm kadar uzar ve sonra kopar. Fakat ovülasyon zamanındaysa bu esneme kabiliyeti 8-12 cm'ye kadar çıkar. Bu test ovülasyon olup, olmadığını kontrolünde uygulanır

² Fern testi, menstruasyonun ilk yarısında, estrojen hormonun üstün olduğu dönemde, servikal mukus mikroskop altında incelendiğinde eğreltiotu görünümüne sahiptir. Ovulasyondan sonra ise progesteron hormonunun üstünlüğü belirlediğinden bu görünüm kaybolur. Servikal mukus bir lam üzerine yayılır ve kurutulur, sonra mikroskop altında "eğreltiotu manzarası" aranır. Eğer kadın ovülasyon sonrası günlerde ise, yani siklusun ikinci yarısında ve ovülasyon olmuşsa bu manzara progesteron hormonu etkisiyle kaybolacaktır. Buna karşılık eğreltiotu manzarası varsa ovülasyon olmadığını ifade edecektir.

spermlerin izlenmemesi testin negatif olduğunu gösterir. Bu durumda, spermlerin ya mukusa penetrasyonu yoktur ya da mukus içinde ölmektedir (Çiçek ve Akyürek 2006, Kılınç 2007, Drosdzol ve Skrzypulec 2008).

Diğer nedenler: İnfertilite ile ilişkili diğer nedenler şunlardır; konjenital uterin anomaliler, edinsel uterin anomaliler, endometrial fonksiyon bozuklukları ve luteal faz defektidir (Guidice ve Kao 2004, Kılınç 2007).

İnfertilitenin emosyonel nedenleri: Psikolojik infertil kadınlarda bazı ortak özellikler vardır. Hepsi gebeliği çok ister görünmelerine ve ifade etmelerine rağmen gebeliğe karşı olumsuzluk ve korku duygularını da taşırlar. Bu korkular gebelik, doğum eylemi veya anne olma ile ilgili olabilir. Gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağı, doğum yaparken kendisinin veya bebeğinin öleceği veya anne olamama korkuları psikojenik infertilitenin altında yatan nedenler olarak sayılabilir. Ayrıca ovulasyon zamanında bilinçsiz olarak cinsel ilişkiden kaçınma da kadına ait diğer infertilite nedenidir (Taşkın 2007, Clayton ve Hamilton 2009).

Kadın infertilitesinde belirti ve bulgular, öykü, tanı

İnfertilite kadında, düzensiz adet olma, ergenlikten bu tarafa hiç adet olamama ya da düzenli başlayan adetlerin ilerleyen dönemde uzaması, duraklaması, tüylenmede artış ve uygun olmayan yerlerde kıllanma fazlalığı ya da kıllanmanın olması gereken yerlerde az ya da hiç kıllanmanın olmaması; cinsel birleşmede ağrı hissedilmesi, adetlerin ağrılı olması, meme uçlarından süt benzeri bir sıvının gelmesi, yetersiz meme gelişimi gibi belirti ve semptomlara yol açmaktadır (Lim ve ark 2007).

İnfertil kadında öykü alırken gravida, parite, gebelik sonuçları ve ilişkili komplikasyonlar, siklus uzunluğu ve özellikleri, dismenore varlığı ve şiddeti, yaş, infertilite süresi, ilave sorumlu olabilecek medikal faktörler, koitus sıklığı, koitus ile ilgili alışkanlıkları; vajinal lavaj, geçirmiş olduğu hastalıklar ve operasyonlar (özellikle pelvik operasyonlar), sigara, alkol veya diğer madde kullanımları, tiroid hastalık semptomları, pelvik veya abdominal ağrı, galaktore, hirsutismus ve disparoni, kullanılan ilaçlar sorulmalıdır (Hammarberg ve ark 2001, Speroff 2007). Bunlara ilaveten sosyal öykü, yaşam tarzı ve yemek alışkanlıkları ile toksinlere maruz kalma gibi çevresel faktörler üzerine odaklanılmalıdır. Gonadotropin-releasing hormon (GnRH) ve gonadotropin salgılanmasındaki anomaliler, belirgin şekilde vücut kitle indeksinin 25'den büyük ya da

17'den küçük olması infertilite ile ilişkilidir (Grodstein ve ark 1994, Hammarberg ve ark 2001).

İnfertil kadında tanı için yapılması gerekenler;

- Over rezervinin değerlendirilmesi: Folikül stimule edici hormon (FSH), estrodiol (E2), LH, prolaktin, tiroid stimüle edici hormon (TSH) üreme ile ilgili temel hormon değerleridir. Buradaki sonuçlara göre özellikle tiroid bezi fonksiyonlarına ait tetkikler genişletilebilir. Siklusun 20-21. gününde progesteronun 3ng/ml' nin altında olması anovulasyonu düşündürür. Siklusun 3. günü FSH ve E2 değerleri ve aynı günlerde yapılacak transvajinal ultrasonografik antral folikül sayımı over rezervi ile ilgili en iyi bilgiyi verir. Üçüncü günde FSH düzeyleri 2-10 pg/ml arasında E2 düzeyleri 70 pg/ml' nin altında olmalıdır (Steeg ve ark 2007, Şirin ve Kavlak 2008).
- Erken folliküler dönemde transvajinal ultrasonografi (Antral Follikül Sayısı): Her iki overde en az altı adet antral follikülün izlenmesi over rezervinin iyi olduğunun işaretidir. Her iki overde altıdan az follikül ve 21. gün progesteron değerinin düşük çıkması, düşük over rezervi veya oligo/anovulasyonu düşündürür. Ultrason muayenesinde overe ait ovaryen kist, endometrioma gibi patolojiler ve kronik anovulasyonun en sık görülen nedenlerinden biri olan polikistik over sonomorfolojisi, mevcut infertilite ile ilgili tanı değeri taşırken, tedavinin planlanmasında da faydalıdır (Hendriks ve ark 2007).
- Uterin kavite ve tubal açıklığın değerlendirilmesi: İlk yapılması gereken ve en temel tetkik histerosalpingografidir (HSG). Adet kanamasının bitimini takip eden 1-2 gün içerisinde yapılması gereken bir incelemedir. Bu inceleme ile uterus boşluğuna ait şekil bozuklukları ve uterus içi lezyonlar izlenebilir. Ayrıca tüplerin açık olup olmadığı, normal genişlikte olup olmadığını değerlendirmenin en iyi yoludur (Taylor ve Gomel 2001, Hendriks ve ark 2007).
- Endometrial biyopsi: Endometrial biyopsi 28 günlük siklusun 26. günü alınır. Biyopside endometrium dokusu luteal fazla uyumlu ise ovulasyonun gerçekleştiği düşünülmektedir (Şirin ve Kavlak 2008).

1.3.4.2. Erkeğe Ait İnfertilite

Erkek infertilitenin başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi için her şeyden önce nedenin bulunması gerekir. Bunun için de öykünün alınması, klinik muayenenin yapılması, gerekli tetkiklerin uygulanması esastır (Eker ve ark 2001, Aksu ve Demirtaş 2004, Bakacak 2005).

Erkek infertilitesi nedenleri

Dünya sağlık örgütünün ‘infertil çiftlerin standardize edilmiş araştırma ve tanısı’ ile ilgili el kitabında erkek faktörünün etyolojik grupları şu şekilde verilmektedir (WHO 1993).

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

Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzları’ na göre; erkek infertilitesine ait etyolojik faktörler incelendiğinde %75 oranında bulunan idiyopatik nedenleri saymazsak bilinen faktörler içinde sıklıkla varikosel, seksüel faktörler, konjenital anomaliler, ürogenital enfeksiyonlar, endokronolojik bozukluklar ve immunolojik faktörlerin yer aldığı ve bu sayılan listeye ilave olarak ‘diğer nedenler’ başlığı altında %1-3’ lük bir alt grup görülmektedir (EAU 2010). Erkek infertilitesindeki etyolojik gruplar testislere göre

pretestiküler, testiküler ve posttestiküler olarak sınıflandırılmaktadır (Kretser ve Baker 1996, Chandley 1998, Cabler ve ark 2010, Dohle 2010).

Pretestiküler nedenler: Primer spermatogenezin etkilendiği patolojilerdir. Testisin kendisini ilgilendiren patoloji yoktur. En sık endokrin nedenlere bağlı olur (kromozomal, hormonal, koital nedenler gibi).

Testiküler nedenler: Primer spermatogenezin etkilendiği patolojilerdir. Bizzat testisin kendisini ilgilendiren patolojilerdir.

Posttestiküler nedenler: Post-testiküler nedenler, ejakülasyon disfonksiyonu veya obstrüksiyon bozukluğundan kaynaklanabilir (Anthony 1999).

İnfertil erkekte öykü, tanı

İnfertil erkekte öykü alırken yaş (ilerleyen yaşla birlikte ilişki sıklığı azalır), sigara/alkol (sperm kalitesinde düşüklüğe neden olabilir), orşit ve testis travması gibi olaylar araştırılmalıdır. Cinsel öykü (sıklığı, zamanı), özgeçmişte akciğer, kalp, böbrek gibi hastalık olup olmadığı (Çocuklukta geçirilen ateşli bir hastalık, sistemik, ürogenital bir hastalık olup olmadığı), mesleki ve çevresel yaşam, kimyasal ya da radyasyon içeren maddeler hobiler, iş alışkanlıkları sorgulanmalıdır (Dervişoğlu 1990, Yıldırım 2000, Ak 2001, Gürkan ve Demirel 2001).

Genel fizik muayene değerlendirmenin önemli bir bileşenidir. Burada cinsel organlarla ilgili; penis muayenesi, üretral meatusun yeri, testislerin palpasyonu ve büyüklükleri, vazların ve epididim varlığı ve yapısı, varikosel varlığı, vücut yapısı, kıl dağılımı ve meme gelişimi gibi sekonder seks karakterleri, rektal muayene gibi özelliklere dikkat edilmelidir (Speroff ve ark 2007).

İnfertil erkekte tanı için yapılması gerekenler:

Klasik semen analizi: Erkek fertilizasyon potansiyelinin araştırılmasındaki ilk adım en az 4 hafta ara ile uygun yapılmış 2 semen analizi olmalıdır (Speroff 2007). Normal semen parametreleri; volüm 2.0 ml ve üzeri, Power of Hydrogen (pH) 7,2-7,8, sperm konsantrasyonu 20 milyon/ml ve üzeri, total sperm sayısı 40 milyon ve üzeridir (Kayıkçı ve ark 2002).

Bazı semen değişkenleri için terminoloji şu şekildedir.

Normozoospermi: normal ejakülat (20 ml/ml)

Oligozoospermi: düşük sperm konsantrasyonu (20 ml/ml den az)

Asthenozoospermi: Hareketlilik için normalden daha düşük değer (sperm %50'den az)

Teratozoospermi: Normal yapıda sperm %50'den az

Oligoasthenoteratozoospermia: Oligozoospermi, asthenozoospermi, teratozoospermi bozukluğu

Azoospermi: Ejakülatta hiç spermatozoa bulunmaması

Aspermia: Hiç ejakülat elde edilememesi (Günalp ve ark 2002).

- Endokrin değerlendirme: Normal semen analizi olan kişilerde genelde hipotalamus-hipofiz-testis aksında bir bozukluk yoktur. Her erkeğe rutin endokrin değerlendirme gerekli değildir. Minimum hormonal değerlendirme için, serum FSH ve testosteron düzeylerinin ölçülmesi yeterlidir. Endokrin değerlendirme sperm konsantrasyonu 5-10 milyon/ml'nin altında ise, bozulmuş cinsel fonksiyon mevcutsa, özel endokrin bozukluğunu düşündüren bulgular mevcutsa (kılınma azlığı, jinekomasti, galaktore, koku alma bozukluğu) yapılmalıdır (Chandley 1998, Conrad ve ark 2001).
- Genetik değerlendirme: Erkek infertilitesinin %40'nın nedeni bilinmemekle birlikte, genetik faktörler bu nedenler arasında önemli bir yer tutmaktadır (Kretser ve Baker 1997). Sayısal ve yapısal kromozomal düzensizliklere, sebebi bilinmeyen oligozoospermik ve azospermik olgularda sık rastlandığı bilinmektedir (Chandley 1998, Patrizio ve Broomfield 1999, Conrad ve ark 2001).

1.3.4.3. Açıklanamayan İnfertilite

Bir yıl korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik gelişmeyen, tetkik ve muayenelerinde herhangi bir sorunla karşılaşılmayan olgular 'açıklanamayan infertilite' başlığı altında değerlendirilir. Bu çiftlere yaklaşımda hemen en üst düzey yardımcı üreme tekniklerinin kullanılmasından ziyade yaşa ve infertilite süresine bağlı olarak uygun tedavilerin seçimi ile de başarılı sonuçlar alınabilmektedir (Boivin ve ark 1999, Siristatidis ve Bhattacharya 2007).

1.3.5. Kadın ve Erkek İnfertilitesinde Tedavi

Yardımcı üreme teknikleri, infertilite sorununu çözmeye yönelik olarak geliştirilen birçok tekniği içerir. Hastanın yaşı, infertilitenin etyolojisi, süresi gibi birçok faktör göz önüne alınarak çifte çözüm olabilecek ve ekonomik olarak da çift ve uygulamayı yapacak olan ekip için en avantajlı tekniğin seçilerek uygulanmasında yarar vardır (Kışnişçi ve ark 1996). En sık kullanılan yöntemler In vitro fertilizasyon, Gamet İntra Fallopiyan Transferi, Zigot İntra Fallopiyan Transferi, Blastokist Transferidir. Bu yöntemlerden ilk geliştirilen in vitro fertilizasyondur (Van Steirtegham 1993, Kışnişçi ve ark 1996, Knochenhauer ve ark 1998).

Tedavi yöntemleri sırasıyla şu şekildedir;

- **Zamanlanmış cinsel ilişki**

İlk basamak tetkikleri normal olup 35 yaş altında olan çiftlerde ilk olarak önerilen tedavi yöntemlerinden biridir. Bu süreç içerisinde hastanın ilaçlara verdiği cevabı, follikül gelişimi ve endometrium geliştirme süreçlerini izleme imkanı bulunduğu için, tetkiklerin ortaya koyamadığı ancak aksayan gelişimler hakkında fikir sahibi olunmaktadır. Endometriumun yeterli gelişmemesi, ovulasyonun gerçekleşmemesi ve kistleşmesi, ovulasyona yakın dönemde haddinden fazla servikal mukus izlenmesi durumunda zaman harcamadan daha üst tedavilere yönelmek uygundur (Siristatidis ve ve Bhattacharya 2007).

- **İntrauterin inseminasyon (IUI)/ aşılama**

İlk basamak tetkiklerinde sperm değerlendirmesinde sayı, hareket ve morfoloji ile ilgili problemleri olan çiftlerde, servikal mukusu normalden fazla ve sperm için zararlı olabilecek nitelikler taşıyan olgularda ve ilk basamak tetkikleri normal olan açıklanamayan infertil çiftlerde ilk uygulanan tedavidir (Siristatidis ve ve Bhattacharya 2007). Bu tedavi küçük hacimlerde konsantre edilen motil spermatozoanın serviksini geçilerek doğrudan intrauterin kavite içine verilmesine dayanır. Böylece motil spermatozoa ovulasyon sonrası oosite kolaylıkla ulaşır. Açıklanamayan infertilite tedavisinde tek başına IUI' un etkinliği çeşitli çalışmalarda değerlendirilmiş ve doğal sıkluslarda zamanlanmış cinsel ilişki ile karşılaştırıldığında; açıklanamayan infertilitesi olan çiftlerde konsepsiyon olasılığını

düzeltilmediği, ancak kontrollü ovaryen hiperstimülasyon (KOH) uygulandığında gebelik üzerinde IUI ve KOH' un her ikisinin de bağımsız pozitif etki gösterdiği bulunmuştur (Cohlen ve ark 1998).

- **In vitro fertilizasyon (IVF)**

Olgun ovumun anne vücudu dışında, laboratuvar ortamında fertilize edilmesini takiben oluşan embriyonun uterusu transservikal yerleştirilmesi işlemidir. Bu işlem kontrollü ovaryen hiperstimülasyon, oositlerin toplanması, dölleme ve embriyo gelişim dönemi, embriyo transferi basamaklarından oluşur (Kılınç 2007, Taşkın 2007).

Kontrollü ovaryen hiperstimülasyon

Tedavinin ilk kısmını oluşturan bu safhada hastanın hormonal tetkik sonuçları, antral follikül sayısı, daha önceki tedavi ve ilaçlara verdiği cevaba göre seçilen protokollerle, follikül geliştirilebilir. Amaç normalde 1 ya da 2 adet olan aylık follikül gelişimini, amaca uygun olarak 3-15 adet arasında olacak şekilde, hastada olumsuz yan etkileri en az seviyede tutarak sağlamaktır. Bu tedavi sırasında ve sonrasında %2 oranında ovaryen hiperstimülasyon sendromu gelişebilmektedir. Overlerde bir aylık normal süreçte sadece bir ya da iki oosit olgunlaşır ovulasyona hazır hale gelir. Ancak amaç birden fazla olgun oosit oluşturarak dölleme şansını arttırmaktır. Dışarıdan uygulanan ilaçlarla oosit sayısı arttırılmaya çalışılır. Oosit kalitesini attırmak ve erken ovulasyonu engellemek amacıyla tedaviye alınan kadının normal süreci baskılanır. Bu amaçla kullanılan GnRH analogları adet 21. günü başlanır, yaklaşık 10-15 gün tek başına kullanılır (Bensdorp ve ark 2007).

Oositlerin toplanması

Kontrollü ovaryen hiperstimülasyon ile olgunlaştığını ultrasonografik ve hormonal testlerle gösteren oositler, ovulasyonu başlatan bir ilacın yapılmasını takip eden 36. saatte anestezi altında, transvajinal ultrasonografi yardımı ile toplanır. İşlem yaklaşık 15-20 dakika kadar sürmektedir (Bensdorp ve ark 2007, Millheiser ve Lathi 2008).

Dölleme ve embriyo gelişim dönemi

Dölleme işlemi iki farklı şekilde yapılabilmektedir. Birincisi IVF ikincisi ICSI metodudur. IVF'te, toplanan oositler özel sıvılarda bekletildikten sonra, yıkanan, seçilen spermlemlerle hazırlanan ve içerisinde 8000-12000 arası sperm içeren mikro-damlacıklarla aynı petri kaplarında inkübe edilirler ve belirli aralıklarla döllemenin olup olmadığı kontrol edilir.

ICSI yönteminde ise alınan oositler, kendiliğinden fertilizasyon yerine mikroskop ve mikromanipülatör yardımı ile direkt olarak yumurtanın içerisine enjekte edilmektedir. Başarı oranının %50-70 arasında olması nedeni ile daha çok tercih edilen yöntemdir (Bensdorp ve ark 2007).

Embriyo transferi

Fertilizasyon gerçekleştikten sonra, ovum morula safhasında, transservikal bir kateterle endometriuma yerleştirilir (Gibbons ve ark 2007, Şirin ve Kavlak 2008).

- **Gamet intra fallopian transferi (GİFT)**

IVF yönteminin daha basit bir şeklidir. Fallop tüplerine gamet transferi yönteminde, kadın ve erkekten alınan ovum ve spermlemler direkt olarak fallop tüplerine yerleştirilerek fertilizasyon sağlanır. Bu yöntem spermlemlerin servikal mukusta veya uterusunda yaşayamadığı durumlarda denenir (Taşkın 2007, Şirin ve Kavlak 2008).

- **Zigot intra fallopian transferi (ZİFT)**

Sıklıkla tuba embriyo transferi (TET) olarak da adlandırılır. IVF ve GİFT yöntemlerinin karışımıdır. Ovum kadın vücudunun dışında fertilize edildikten sonra fallop tüplerine yerleştirilir ve uterus içindeki implantasyon sürecinin doğal olarak gerçekleşmesi beklenir (Şirin ve Kavlak 2008).

- **Blastokist transferi**

Son yıllardaki ilerlemeler sayesinde embriyoların laboratuvar ortamında daha fazla yaşama süreleri uzamıştır. Buna bağlı olarak daha yüksek gebelik ve implantasyon oranlarının elde edildiği beşinci ya da altıncı gün blastokist evresinde transfer edilmesine

blastokist transferi adı verilmektedir. Blastokist safhası, embriyonun endometriyuma tutunmadan önce ulaştığı en son evredir (Şirin ve Kavlak 2008).

1.3.6. İnfertilitenin Kadın ve Erkek Psikolojik Etkileri

İnfertilite ile karşı karşıya kalan birey/çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa başlar. Bu yolculuk belli evrelere ayrılmaktadır.

- İlk evre şok ve inanmama evresidir.
- Şok evresini yadsıma (inkar) evresi izler. Çift her ay yaşanan düş kırıklıklarına yoğun stres, yorgunluk, geçirilen grip ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye girmeme gibi gerekçeler bulmaya çalışır.
- Eşleri bekleyen diğer evre anksiyete evresidir. Bireylerde eşi tarafından terk edilme endişesi ortaya çıkar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde ‘yetersiz ve eksik’ olmaktan, ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. ‘Kısır’ tanısı ‘benlik saygısında azalma’, ‘kadın olarak kendini yetersiz hissetme’ gibi utanma duygularını, ya da ‘erkek olma, güçlü ve kudretli olma duygusunun abartılı yaşanması’ gibi duyguları ortaya çıkarabilir. Eşler tıbbi yardım almaktan utanabilir. Tetkikler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyete artar.
- İnfertil çiftleri bekleyen sonraki evre öfke evresidir. İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları, kötü olayları taramaya yönelir.
- Çifti bekleyen bir başka evre kontrol kaybıdır. Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Çünkü kişilerin bedenleri ve cinsel yaşamları irdelenmektedir.
- İnfertiliteyle mücadele eden çiftin yaşayabileceği diğer bir evre *suçluluktur*. Eşler diğerinin anne-babalık rolünü yerine getirmesine engel olduğunu düşünüp kendisini suçlu hisseder (Fido ve ark 2004, Özçelik ve ark 2007).

1.3.7. İnfertilitede Cinsiyet Farklılıkları

Kadın ve erkeğin, bedenlerini ve infertiliteyi farklı algılayabilecekleri, sorunla başa çıkma yollarının farklı olabileceği ve farklı psikiyatrik belirtiler sergileyebilecekleri bildirilmektedir (Özcelik ve ark 2007). İnfertilite nedeni erkekte bile olsa karmaşık girişimsel tedavi yöntemlerine maruz kalan genellikle kadındır (Özcelik ve ark 2007). Kadınlar erkeklerden farklı olarak daha invazif prosedürlere maruz kaldıkları kadar tedavi amacıyla aldıkları hormonlar da bir takım psikolojik değişiklikler oluşturmaktadır. Emosyonel reaksiyonlardaki farklılıklara karşın kadın ve erkeklerde evlilik ilişkilerinde genellikle bozulma bildirilmemektedir. Hepsi bir arada değerlendirildiğinde kadınların problem çözmek için daha fazla çaba harcadıkları, daha fazla sorumluluk alarak kendilerini suçlama eğiliminde oldukları ortaya çıkmaktadır (Conrad ve ark 2001).

Yapılan çalışmalarla da, infertil çiftlerde psikiyatrik belirti ve bulgulara, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla rastlandığı bildirilmektedir (Lee ve ark 2000, Özcelik ve ark 2007). Kadınlar medikal prosedürlere istekle katılırken, erkekler kaçınma eğilimindedirler. Erkeğin infertil olduğu ortaya çıksa bile kadınlar hala fertiliteleri konusunda şüphe taşımaya devam etmektedirler. Kadınlar çocuk sahibi olamadıkları ve gebelik deneyimlerini yaşayamadıkları için yas reaksiyonu yaşarken, erkekler potansiyel kaybı yaşadıkları ve biyolojik olarak baba olma yetileri olmadıkları için yas yaşamaktadırlar (Conrad ve ark 2001). İnfertiliteye psikolojik reaksiyonun cinsiyetle ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda kadınların eşlerine oranla daha yüksek derecede anksiyete, depresyon ve özgüven kaybı yaşadıkları gösterilmiştir (Çorapçıoğlu 2006, Akyüz ve ark 2008). Özellikle infertilite kadınlar için erkeklerden daha önemli bir stresör kaynağıdır (Fido ve Ajmal 2004).

Tedavi süreci olumsuz devam ettiğinde ise kadınlarda seksüel ilişkide problemler oluşurken, erkeklerde bu problemler daha az sıklıkta görülmektedir. Kadınlar için eşlerinin ve çevrenin desteği erkeklere göre çok daha fazla önemlidir (Conrad ve ark 2001). Afrika'da üremeye ilgili sorunlar kadının eşi ve ailesi tarafından küçümsenmekte, yok sayılmakta ya da suç olarak görülmektedir. Nijerya'nın ve Mozambik'in bazı bölgelerinde üremeye ilgili sorun yaşayan kadınların önemli sosyal olayların dışında bırakıldığı bilinmektedir (Upkong ve Orji 2006). Kuveyt ise doğum oranı yüksek olan ve hemen hemen doğurganlığın sınırsız olduğu bir millettir. Kontraseptif yöntemler kadınların

infertilite korkusu nedeniyle reddedilir ve doğuma teşvik ettirilir. Diğer kültürlerde erkek cinsiyeti ve infertilite arasında bağ olduğu inancı yaygın olmasına rağmen Kuveyt' de infertilite için her zaman kadınlar suçlanmaktadır (Fıdo ve Ajmal 2004).

İnfertil erkeklerde cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesine yönelik Washington Üniversite'sinde 121 çift ile yapılan çalışmada erkeklerin %11-12'sinde sırasıyla orta veya şiddetli düzeyde depresyon olduğu bildirilmiştir (Shinde ve ark 2008). Nijerya'da 2006 yılında infertil kadınların ruh sağlığına yönelik yapılan çalışmada; İnfertil kadınlarda psikiyatrik morbiditenin yaygınlığı %46,4 olarak bulunmuştur, depresyon ve anksiyete yaygınlığı ise aynı sıra ile %37,5 ve %42,9 dur. İnfertil kadınların tüm psikopatoloji ölçümleri de anlamlı olarak yüksek değerlendirilmiştir. Eşten destek görmeme aynı zamanda depresyon ve anksiyeteye neden olmaktadır. Düşük eğitim düzeyi, işsizlik, çok eşli evlilik, eşin ailesinin destek olmaması ve hastalığın süresi de ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır (Upkong ve Orji 2006).

İnfertilite gerçekten de etkilenen kişi ile partnerinde ciddi sosyal çekilmeler, psikolojik sorunlar ve travmaya neden olabilmektedir (Grenhall ve Vessey 1990). Eşler infertiliteye farklı tepkiler gösterebilmekte (Greil 1997) ve bu tepki infertilite nedeninin eşin hangisi olduğuna bağlı olarak da değişebilmektedir (Mahlstedt 1985).

1.3.8. İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite hemşireliği poliklinikte başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan çiftlerin psikolojik ve sosyal durumunu ön planda tutan, her türlü tıbbi ve cerrahi tedavi sırasında bakımı içeren süreçtir. İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımının genel amacı, eşlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, bu alandaki sorunların ve ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakımın sağlanmasıdır. İnfertilite danışmanlığında bilgilendirme, çıkabilecek sorunlara yönelik danışmanlık, destek danışmanlığı, terapotik danışmanlık önemli alanlardır (Akyüz ve ark 2001, Kamacı 2003).

Hemşire, infertil bireylere üreme sistemi, anatomi ve fizyolojisi konusunda sağlık eğitimi vererek yanlış ve eksik bilgilerini gidermelidir. Yakın, incitmeyen, açık bir iletişim kurarak, anksiyete, depresyon, suçluluk, öfke ve yetersizlik duygularını gidermeye çalışmalıdır. İnfertil bireylerin durumlarına karşı gösterdikleri tepkiler kriz tepkileri ile benzerlik gösterdiğinden infertilite bakım sürecinde hemşirelerin bu tepkileri

değerlendirmeleri ve infertilite krizinin çözümünde yardımcı olmaları gerekmektedir. Bunların bilinmesi çiftler arasındaki ilişkilerin korunmasını ve güçlenmesini sağlayarak, depresyonu da önlemelidir (Taşkın 2007, Şirin ve Kavlak 2008, Yanikkerem ve ark 2008, Clayton ve Hamilton 2009).

1.3.9. Cinsel İşlev Durumu

Masters ve Johnson, insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, yüzlerce gönüllü kadın ve erkek denek üzerinde sürdürdükleri çalışmalarında, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözleyerek ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel tepki sürecinin bütün evrelerini kaydetmişlerdir (Tashbulatov 2007, Anafarta ve ark 2007). Masters ve Johnson bununla birlikte erkek ve kadın arasında cinsel yanıtta ortaya çıkan farklılıkları da tanımlamıştır. Erkek cinsel yanıtı tek bir siklusa oluşan ve yanıt süresi dışında farklılık göstermeyen bir özelliğe sahip iken; kadın cinsel yanıtının üç farklı yanıt yoğunluğu ve süresinin anlamlı derecede değişkenlik gösterebildiği bildirilmiştir (Anafarta ve ark 2007). Kadın cinsel sağlığındaki gelişmeler erkek cinsel sağlığındaki gelişmeleri geriden takip etmektedir. Buna rağmen yapılan birçok epidemiyolojik çalışma kadın cinsel problem ve şikayetlerinin erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir. Cinsel yanıtın bu temel evre veya yönlerinin nörobiyolojik ve fizyolojik yönlerinin anlaşılması için ilk defa 1966'da Masters ve Johnson tarafından cinsel yanıt siklusu tanımlanmıştır ve 4 faz içerir.

Bunlar:

1. İstek/Uyarılma evresi
2. Plato evresi
3. Orgazm evresi
4. Çözülme evresi'dir (Tashbulatov 2007, Şirin ve Kavlak 2008).

Cinsel fonksiyon bozukluğu her iki cinste cinsel yanıt döngüsünde ve cinsel istekte bozukluklar ile karakterize, psikofizyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bir sorundur. Bu durum kişiler için oldukça zordur ve yaşam kalitesini zayıflatır (Hissasue ve ark 2005, Nappi ve ark 2005).

1.3.10. Kadın Cinsel İşlev Fizyolojisi

Kadında cinsel yanıt döngüsünde oluşan anatomik ve fizyolojik değişiklikler; istek/uyarılma evresi, plato evresi, orgazm evresi ve çözülme evresi olmak üzere 4 aşamadan oluşmaktadır.

- **İstek/Uyarılma evresinde;** merkezi sinir sistemindeki cinsel merkezlerin aktivasyonu sonrasında vajinada lubrikasyon, genişleme ve uzama, klitoris başında büyüme ve gövdede uzama, labium majorde ayrılma ve çapında artma, labium minorde hafifçe kalınlaşma ve genişleme, uterus gövdesinde yükselme gerçekleşir, serviks vajinadan ayrılır.
- **Plato evresinde;** vajinada kabarma, klitoris başında büzülme, labium majorde yassılaşma, labium minorde renk değişikliği (koyu kırmızı) gerçekleşir. Uterus gövdesi ve serviks en yüksektedir.
- **Orgazm evresinde;** vajinada kasılmalar (dış 1/3ünde) başlar. Klitoris başında, labium major ve labium minorde değişiklik olmaz. Uterusta fundustan servikse doğru kasılmalar olur.
- **Çözülme evresinde;** vajinada kabarma ve genişleme kaybolmaya başlar. Klitoris başı hızla eski pozisyonuna döner. Labium major normale döner. Labium minor normal renk ve boyuta gelir. Uterus gövdesi normale döner, serviks vajinaya doğru iner, servikal açıklık kapanır (İncesu 2004, McMahon ve ark 2006, Şahin ve ark 2006, Şirin ve Kavlak 2008).

1.3.10.1. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadın cinselliğini içeren araştırmalar son 20 yılda patlama göstermiştir (Clayton ve Hamilton 2009). Kadın cinsel işlev bozukluğunun tanımı, kadının kişisel sıkıntısına neden olan sürekli ve tekrarlayan cinsel şikayet olarak yapılabilir. Doksanların sonlarına kadar cinsel fonksiyon bozuklukları öncelikle psikolojik bir bozukluk olarak görülüyordu ve bilişsel yaklaşımla tedavi ediliyordu. Ancak şimdi anlaşılıyor ki kadın cinselliği doğa, psikososyal, nörolojik, hormonal ve vasküler süreçleri içine alan multifaktöriyel bir durumdur (Millheiser ve ark 2010).

Yapılan araştırmalar, kadınların %30-60'ının yaşamları boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozuklukları her üç kadından birinde görölen cinsel işlev bozukluklarıdır (şahin ve ark 2006).

1.3.10.2. İnfertilite ile İlişkili Kadına Ait Cinsel Sorunlar

- Cinsel İsteksizlik
- Vaginismus
- Disparoni
- Orgazm olamamadır (Millheiser ve Lathi 2008).

Cinsel İsteksizlik

İstek sadece psikolojik bir durum gibi görönsede sıklıkla hormonal dengesizlik ya da tedavi gibi fiziksel durumlardan etkilenmektedir. Azalmış cinsel istek, kişisel strese neden olan, seksüel aktiviteyle ilgili cinsel fantezilerin, düşüncelerin ve/veya isteğin sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, az olması ya da hiç olmaması olarak tanımlanır (Tashbulatov 2007, Millheiser ve Lathi 2008, şirin ve Kavlak 2008).

Vaginismus

Vaginismus, vajinanın dış üçte birindeki kaslarda, tekrarlayan ya da sürekli, istem dışı ve cinsel ilişkiye engel olan spazmın olmasıdır. Vajinal kas spazmı, kolaylıkla gözlemlenebilir ve bazı vakalarda “ağrıya sebep olacak kadar şiddetli ya da uzun süreli” olarak tanımlanmıştır (Tashbulatov 2007, Millheiser ve Lathi 2008).

Disparoni

Disparoni, vajinaya penisin tamamen girişi sırasında veya penil vajinal cinsel ilişki ile sabit veya tekrarlayan ağrıdır. Yani kısa süreli ve geçici olan ağrılar disparoni olarak kabul edilmezler. Psikoseksüel hastalıklar grubunda yer alırlar. Vaginismus ile birlikte seyrededebildikleri gibi bağımsız da olabilirler. Ancak vajinismusta adalelerin kasılması nedeni ile tam bir cinsel ilişki mümkün olmaz. Aynı zamanda duyulan ağrı nedeni ile

disparonide orgazm bozuklukları da birlikte görülebilir (Şahin ve ark 2006, Millheiser ve Lathi 2008).

Orgazm olamama

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)'a göre orgazm bozukluğu, normal cinsel uyarılma fazını takiben sürekli veya rekürren olarak orgazmda gecikme veya orgazm olamama durumu olarak tanımlanır. Genelde, orgazm güçlüğü yaşayan kadınlar seks ilişkisini suçluluk olarak görmeye eğilimli olurlar. Cinsel aktivite ve masturbasyona karşı daha fazla olumsuz tavır sergilemektedir (Tashbulatov 2007).

Primer anorgazmi ve sekonder anorgazmi diye ayrılır. Primer anorgazmi emosyonel travma veya seksüel suistimal sonucu olabilir. Sekonder anorgazmi kişisel ilişki problemlerine, depresyona, madde bağımlılığına, ilaç etkisine, estrojen yetersizliğine, nörolojik bozukluklara ve cerrahiye bağlı olarak gelişir (Çiçek ve Akyürek 2006).

1.3.11. Erkek Cinsel İşlev Fizyolojisi

İstek/ilgi/libido: Cinsel aktivite ile ilgili fantezileri ve cinsel ilişkiyi başlatacak ilgi ve motivasyonu içerir. Burada androjenler ve duyuşal sistem rol alır. Erkekler için büyük ölçüde görsel öğeler ön plandayken kadınlarda yakınlık önemlidir (Phillips 2000, İncesu 2004).

Heyecan/cinsel uyarı: Bu faz cinsel zevk ve eşlik eden fizyolojik değışiklikleri içerir. Erkeklerdeki majör değışiklik ereksiyondur. Bunun için parasempatik sinir sistemi ve vasküler sistem sağlıklı olmalıdır (Phillips 2000, İncesu 2004).

Orgazm/ejakülasyon: Her iki cinste de cinsel zevkte doruğa ulaşmakla birlikte üreme organlarını oluşturan yapıların, anüs ve cinsel organlar çevresindeki kasların ritmik kasılması, kalp-damar ve solunum değışiklikleri ve cinsel gerginliğin boşalması ile karakterizedir. Bunun için sempatik sinir sistemi sağlıklı olmalıdır. Erkeklerde boşalmanın en iyi göstergesi ejakülasyondur (Phillips 2000, İncesu 2004).

Rezölüsyon (çözülme): Kaslarda gevşeme olur ve kişi kendisini iyi hisseder. Bu fazda erkekler bir süre için yeniden ereksiyon veya orgazm olmayabilir. Kişiyeye göre değışmekle

birlikte bu süre yarım saat ile iki saat arasında olabilir (Phillips 2000, İncesu 2004, CETAD 2007).

1.3.11.1. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları

Normal seksüel cevap siklusu lineer olmayan, interaktif dört safha içermektedir. Bunlar yukarıda da belirtildiği gibi istek, uyarılma, orgazm ve rezolüsyon safhalarıdır. Bu safhlardan herhangi birinde bozulma olması seksüel disfonksiyon olarak adlandırılmaktadır (McMahon ve ark 2006).

Jain ve arkadaşlarının (2000) infertil çiftler ile yaptıkları çalışmada infertil erkeklerin %66'sında prematür ejakülasyon, %15'inde erektil disfonksiyon, %11'inde libidoda azalma, %8'inde anorgazmi görüldüğü saptanmıştır (Jain ve ark 2000).

Erkeklerde azalmış cinsel istek bozukluğu

Cinsel istek bozukluğu, süreğen ve tekrarlayan bir biçimde cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin azalmış olması ya da hiç olmaması durumudur. Azalmış cinsel istek bozukluğu cinsel yaşamın tümüne yayılmış olabilir ya da bazı durumlarla ilgili olabilir. Çoğunlukla cinsel etkinliği başlatmaz ya da eşi tarafından başlatıldığı zaman görev gibi kabul edip gönülsüzce eşine katılabilir. Cinsel yaşantı sıklığı çoğu zaman düşük olsa bile, eşten gelen talepler ya da fiziksel yakınlık veya samimiyet için cinsel ilişki sıklığı azalmamış olabilir (CETAD 2007).

Cinsel tiksinti bozukluğu

Kişi cinsel ilişki kurmaktan tiksinti duyar ya da cinsel ilişki kurmaktan kaçınır (CETAD 2007). Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır. Cinsel istek azlığına ve diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha nadir olarak görülür (İncesu 2004).

Erektil işlev bozukluğu (sertleşme zorluğu)

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde yeterli sertleşme sağlayamama ya da cinsel ilişki bitene kadar sertleşmeyi sürdürememektir. Sertleşme zorluğu farklı derecelerde ve biçimlerde olabilir. Bazı bireyler cinsel yaşantılarının başından beri sertleşme sağlayamamışlardır. Bazılarında cinsel yaşamın bir bölümünde sertleşme sorunu

yokken sonradan ortaya çıkar (CETAD 2007). Ereksiyonun başlatılmasında ve devam ettirilmesinde otonomik sınırlar ve vasküler endotelden salgılanan nitrik oksit rol oynamaktadır. Bu nedenle yeterli ereksiyon için vasküler sistem sağlıklı olmalıdır. Tanı koymak için bu durumun en az 3 aydır devam ediyor olması gereklidir (Miner ve Kuritzky 2007, Horasanlı ve ark 2008).

Erken boşalma

Erken boşalma erkeğin boşalma refleksi üzerine kontrolünün olmaması demektir. Erken Boşalma DSM-IV Tanı Ölçütlerine göre; 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.

Erken boşalma farklı derecelerde olabilir;

1. Girişten önce boşalanlar,
2. Girer girmez boşalanlar,
3. Girişten birkaç dakika içinde kontrolsüz olarak boşalanlar,
4. Girişten sonra süreye bakmaksızın kendi iradesi dışında boşalanlar (Masters ve Johnson 1994, Günel ve ark 1997, CETAD 2007).

Erkeklerde orgazm bozuklukları

Kişi cinsel etkinlik sırasında yeterli süre ve şiddette uyarılma olmasına karşın, orgazm gecikir ya da gerçekleşmez. Erkeklerde orgazm bozuklukları 3 farklı biçimde kendini gösterir.

1. Geç boşalma,
2. Zevk almaksızın boşalma (fizyolojik ya da anhedonik orgazm),
3. Doyumsuzluk (Masters ve Johnson 1994, Saleh ve ark 2003, CETAD 2007).

Erkeklerde cinsel ağrı bozuklukları

Cinsel ilişki sırasında cinsel organlarda sürekli ya da yineleyici bir biçimde ağrı olmasıdır (Masters ve Johnson 1994, CETAD 2007).

1.3.12. Kadın ve Erkek Cinsel İşlev Bozukluğunda Tedavi

İstek azlığında, eğer yetmezlik yoksa testosteron veya östrojen kullanımı işe yaramaz. Eğer hipofizer yetmezlik varsa, hormon replasman tedavisi gereklidir. Bunun yanı sıra cinsel danışmanlık ve cinsel terapi diğer tedavi yöntemleridir (Şahin ve Ertekin 2004, Ramezanzadeh ve ark 2006).

Hormon replasman tedavisi: Östrojen vajinanın mukozal doku bütünlüğünü sağlar, vajinal sensasyonu, vazokonjesyonu ve sekresyonu, sonuç olarak seksüel uyarılmayı ve lubrikasyonu düzenler. Östrojen seviyesinin azalması klitoral intrakavernozal, vajinal ve üretral kan akımının bozulmasını beraberinde getirir ve seksüel disfonksiyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırır (Kadioğlu ve ark 2004).

Cinsel danışmanlık: Prognoz ne olursa olsun, hasta cinsellikten hoşlandığını farkedebilsin diye cesaretlendirilmelidir. Mevcut kapasitesine uygun bir cinsel yaşam için yapılacak öneriler de, cinsel danışmanlık kapsamında önem taşır (Şahin ve Ertekin 2004).

Genel psikoterapötik yaklaşım

Anlama, saygı, empati, yargılamama ve güven verme yoluyla, çiftin kendini ifade edebilmesini ve kendilerini anlayabilmelerini sağlayarak; bazı davranışlarda zorlandıklarını anlamalarını kolaylaştırmak, sorunlarına neden olan davranış ve tutumlarını anlamalarını kolaylaştırmak, duygularını ve isteklerini birbirlerine ifade etmelerini artırmaktır (Şahin ve Ertekin 2004).

Davranış teknikleri

Cinsel ilişki sırasında sözel ve fiziksel iletişim yöntemleri ile çiftin güvenini artırmak ve korkularını gidermek amacıyla, basamak halinde, kapasitelerine ve isteklerine uygun bir cinsel yaşama ulaşmalarını kolaylaştıran teknikleri içerir (Şahin ve Ertekin 2004).

Bilgi verme ve eğitim

Normal kavramları, mevcut rahatsızlıklarının cinsel işlevlerini etkileyip etkilemediği, etkilediyse ne ölçüde etkilediği, kadın ve erkeğin cinsel anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili açık anlaşılır bilgiler vermeyi ve bu konudaki sorularını yanıtlamayı içerir (Şahin ve Ertekin 2004).

1.3.13. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Olan İnfertil Çiftte Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite tedavisi aylar, hatta yıllar sürebildiğinden çiftin ilişkisini olumsuz etkileyebilmekte, en azından alışılmış cinsel ilişkinin dışına çıkmaktadır. Örneğin zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide döllenme amacının olması, belirli cinsel ilişki pozisyonlarına yönlendirilme infertil çiftlerin cinselliğinin doğallığını bozmaktadır (Tashbulatov 2007). Çiftler cinselliklerini adeta gözlem ve baskı altında hissetmektedir. Hemşirenin cinsellik hakkındaki yaklaşımı, davranışı ve önyargısı, hastalara, konuşma şekli ve tartışma şekliyle yansımaktadır (Taylor ve Gomel 2001).

Hemşire gerekli durumlarda tedavi seçeneklerini açıklamalı, çocuksuz kalma seçeneklerini ayrıntılı bir şekilde tartışmalı, infertilite ve cinsel fonksiyon bozukluğu arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmelidir (Şirin ve Kavlak 2008). Hemşireler çoğunlukla hastaların, cinsellikle ilgili güvenliğini sağlama ve cinsellikle ilgili olarak danışmanlık yapma rolünü üstlenmeli, cinsel konularda rahat olmalı, iyi bir dinleyici olmalı, yargılayıcı bir tutum içinde olmamalı; danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş olmalı; hastalarla cinsel konularla ilgili tartışmalarda iletişim yeteneklerini geliştirmelidir (Bomar 2004).

İnfertil birey/ çift için baş edilmesi oldukça güç olan bu kriz sürecinde yaşanan cinsel sorunlara yönelik danışmanlık ve desteğin sağlanmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Bu nedenle;

- Çiftler evlilik ve cinsel yaşamlarıyla ilgili duygularını, düşüncelerini, yaşadıkları sorun ve güçlükleri ifade etmeleri konusunda cesaretlendirilmelidir.

- Cinsellik ve cinsel sorunlar hakkında konuşurken bireylere zaman ayırmalı, kişinin mahremiyetine önem verilerek, duygu-düşüncelerini öğrenmeye ve kabul etmeye çaba göstermelidir.
- Çiftlere rahat ve açık bir tavırla yaklaşılmalı, sorun ne olursa olsun, ciddiyetle ele alınıp ilgilenildiği ve önemsendiği belli edilerek etkili bir şekilde dinlenmelidir.
- Çiftin sosyo-kültürel düzeyine uygun, ortak bir dil kullanılmaya özen gösterilmelidir (Oğuz 2004, Tashbulatov 2007).

Cinsel yaşamı ve evlilik yaşamını tartışmaya açmak hem danışman hem de çiftler için zor olabilir. Sosyo-kültürel farklılıklar nedeniyle eşlerden biri bu konuyu konuşmayı isterken diğeri istemeyebilir. Bu aşamada hemşirenin infertil çift ile güvene dayalı bir ilişki kurması ve cinsel yaşamla birlikte infertilitenin tüm boyutlarının bir bütün olarak ele alınması önemlidir. İnfertil çiftler infertilite ve cinsellikle ilgili pek çok yanlış inaniş ve bilgiye sahip olabilirler. Bu nedenle çift yeri geldikçe, cinsel anatomi ve fizyoloji, cinsel yanıt işleyişi, yanlış cinsel inanişlar, cinsellik kavramı, cinsel sorunlarının özellikleri hakkında anlayacakları şekilde bilgilendirilmelidir (Oğuz 2004, Tashbulatov 2007).

1.3.14. İnfertil Çiftlerin Yaşam Kalitesi

Çiftlerin çoğu için, infertilite büyük bir yaşam krizidir (Peterson ve ark 2003, Fıdo ve Ajmal 2004). İnfertiliteye psikolojik reaksiyonun cinsiyetle ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda kadınların eşlerine oranla daha yüksek derecede anksiyete, depresyon ve özgüven kaybı yaşadıkları gösterilmiştir (Peterson ve ark 2003, Çorapçioğlu 2006, Akyüz ve ark 2008). Bununla beraber anksiyete, depresyon ve endişe gibi psikolojik faktörler gebelik olasılığını azaltarak fizyolojik faktörleri etkileyebilir (Fıdo ve Ajmal 2004).

1.3.14.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Önemi

İlk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre yapılan tanımda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder (Fitzpatrick ve ark 1992). Bir diğere ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır.

İnfertilitenin tanı ve tedavisindeki psikososyal etkiler genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir (Millheiser ve Lathi 2008). Ayrıca eşler infertiliteye farklı tepkiler gösterebilir. 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 (Read 1999, Karlıdere ve ark 2007).

İran’ da Rashidi ve Montazeri çalışmasında (2008) IVF Tedavisi alan kadın ve erkeklerin yaşam kalitesine bakıldığında elde edilen bulgulara göre erkekler kadınlara göre daha iyi ve kaliteli yaşam sürmektedir. Genel olarak, genç yaşta olma, kadın olma ve düşük eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki önemli derecede anlamlı bulunurken; infertilite süresi, daha önce infertilite tedavisi alma ya da infertilite nedenleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır.

Çoğunlukla bugüne kadar yapılan araştırmalar infertilitenin fizyolojik nedenlerinin belgelenmesi üzerinde dururken bireyin yaşam kalitesine daha az ilgi gösterildiği anlaşılmaktadır (Peterson ve ark 2003, Parry ve Shinew 2004). İnfertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar ve tedavi işlemi oldukça pahalı olduğu için, çiftlerde ekonomik zorluklara da yol açmaktadır. Çalışan çiftler tedavi nedeniyle sürekli iş yerlerinden izin almak zorunda kalmaktadırlar. Özellikle kadınlar işlerini bırakmakta veya kariyer yapmaktan vazgeçmektedirler (Inceer 1998). Can (2005) çalışmasında infertil kadınların tedavi süresince yaşadıkları stres nedenleri arasında ekonomik sorunları %16,4 oranında saptamıştır. Kamacı (2003) çalışmasında, kadınların %84’ünün, erkeklerin %85’inin infertilite tedavisinin aile bütçelerini ekonomik olarak zorladığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Bir çalışmada, evli ve primer infertil çiftlerde kadınların depresif semptomları araştırılmıştır. Çiftin infertilite sebebi belli olmadığında kadınların depresif semptomları en az, kendileri infertilite nedeni olduklarında en fazla olduğu bulunmuştur. Eşler arasındaki iletişimsizlik erkekler için kadınlara göre daha sık rastlanan sorun olmuştur. (Karlıdere ve ark 2007).

Polonya’da 2009 yılında infertil çiftler arasında depresyon ve anksiyete düzeyi karşılaştırılmıştır. Beck depresyon ölçeğine göre; infertil kadınlarda depresyon düzeyi %28,6, fertil kadınlarda %18,4, infertil erkeklerde %9,0, fertil erkeklerde %11,0 olarak bulunmuştur (Drosdzol ve Skrzypulec 2009).

İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde infertilite, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada erkeklerin ruhsal sağlığı kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu araştırmaya göre, ruhsal ve sosyal problemler kadınların cinsel fonksiyonlarını oldukça etkilemektedir. Kadın cinselliği çevresel faktörlerden daha fazla etkilenmektedir (Arslan ve ark 2008).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kesitsel bir araştırma olarak, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne infertilite sorunu ile başvuran çiftlerin cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma 30.05.2011 – 31.01.2012 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Üroloji Polikliniği'nde çalışmaya gönüllü olarak katılan infertil çiftler ile yapılmıştır. Adnan Menderes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne infertilite sorunu ile ayda ortalama 10 çift ve Üroloji Polikliniği'ne ayda ortalama 13 çift başvurmaktadır.

2.3. Zaman çizelgesi

Araştırma konusu seçimi	Mayıs 2010
Anket formu oluşturma	Aralık 2010
Tez önerisi hazırlama	Ocak-Şubat 2011
Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınması	14.04.2011
Etik kurul onayı	30.05.2011
Anket formu ön uygulaması	30.05.2011
Veri toplama	07.06.11-31.01.12
Analiz rapor hazırlama	01.02.12- 31-07.13

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Adnan Menderes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne ve Üroloji Polikliniği'ne 07.06.2011 – 31.01.2012 tarihleri arasında başvuran, infertilite tanısı almış 81 infertil çift oluşturmaktadır.

2.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleminde, olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan tüm infertil çiftlere ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemini Adnan Menderes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Üroloji Polikliniği'ne 07.06.2011 – 31.01.2012 tarihleri arasında başvuran çiftler oluşturmaktadır. Evrendeki 81 infertil çiftin 14' ü çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Yirmi yedi (27) çiftin ise eşi çalışmayı kabul etmemiştir. Eşi kabul etmeyen çiftlerden 15' i kadın 12' si erkektir. Sekiz (8) çift ise soru formlarını eksik doldurduğu için çalışmaya dahil edilememiştir. Bu araştırmanın örneklemini sorulara eksiksiz cevap veren 52 kadın ve 55 erkekten oluşmaktadır. Araştırma verilerinin örnekleme büyüklüğünü belirlemek için power analizi Sayı Cruncher İstatistik Sistemi (NCSS) paket programında yapılmıştır. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği power değeri %99, alpha değeri 0,05 olarak belirlenmiştir.

2.6. Araştırmaya Dahil Olma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Primer infertilite tanısı almış, en az bir yıldır infertilite tedavisi gören, kronik hastalığı olmayan, psikiyatrik tedavi görmeyen, okuma yazma bilen, Türkçe konuşabilen infertil çiftler araştırmaya dahil edilmiştir. Soru formlarına eksik cevap veren bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

2.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen soru formu (Ek 1), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Ek 1,Ek 2), WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği (Ek 3) ile toplanmıştır.

2.7.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Soru formu; kadınlar ve erkekler için 2 ayrı bölümden oluşmaktadır. Kadınlar için hazırlanan soru formu sosyodemografik özellikleri içeren 16 sorudan ve infertil yaşamlarına yönelik 7 sorudan oluşmaktadır. Erkekler için hazırlanan soru formu ise sosyodemografik özellikleri içeren 14 ve infertil yaşamlarına yönelik 7 sorudan oluşmaktadır.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ); Arizona Cinsel Yasantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale), 2000 yılında McGahuey ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Beş sorudan oluşan Likert tipi öz değerlendirme ölçeği olup, kadın ve erkek formları mevcuttur. Bu ölçek cinsel işlevin beş temel bileşenini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Bu bileşenler: uyarılma, tahrik olma, penis sertleşmesi/ vajina ıslanması, orgazma ulaşma yeteneği ve orgazmdan alınan tatmindir (McGahuey ve ark 2000). Bu sorular günümüzde geçerli olan Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) ve International statistical classification of diseases (ICD-10) cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamaktadır. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla toplam 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. (McGahuey ve ark 2000). Ülkemizde ACYÖ' nin geçerlilik güvenilirlik çalışması Soykan tarafından 2004 yılında son dönem böbrek yetersizliği olan hastalar ile yapılmıştır. Ölçeğe göre hastaların cinsel işlev bozukluğu kesme puanı 11 olarak bulunmuştur. ACYÖ' nin Cronbach Alpha degeri 0.89 ve 0.90'dır (Soykan 2004).

WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği; DSÖ 1980'den beri yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi WHOQOL) geliştirmiştir. WHOQOL-BREF, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında Fidaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı analiz sonucu bedensel alanda 0.83, psikolojik alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre ve ulusal çevre alanında 0.73 olarak bildirilmektedir (WHO 1997, WHOQOL Group 1998, Fidaner ve ark 1999). Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF TR 27 sorudan oluşmaktadır (Fidaner ve ark 1999). İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak 7 soru bedensel (3, 4, 10, 15, 16, 17 ve 18. soru), 6 soru psikolojik (5, 6, 7, 11, 19 ve 26.soru), 3 soru sosyal (20, 21 ve 22.soru), 8 soru çevre ve ulusal çevre alan (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 ve 25. soru) ile ilişkilidir. Soruların analizi ve alt başlıkların puanı birbirinden farklıdır. Sorulara verilen yanıtlar 5 seçenektir. Her bir soru 1'den 5'e kadar puanlandırılmaktadır. Alan puanları, o alanı oluşturan maddelerin

ortalamasının 4 ile çarpılması ile elde edilmektedir. Alan puanları 4-20 arasında değişmektedir. Yaşam kalitesi toplam puanı en düşük 27, en yüksek 135 olabilir. WHOQOL-BREF uygulandıktan sonra hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanlarında, puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir (Fidaner ve ark 1999).

2.7.2. Anket Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan anket formu kapsam geçerliliği ve anlaşılabilirlik yönünden Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanındaki 5 öğretim üyesi tarafından incelenmiş olup gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra Adnan Menderes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne ve Üroloji Polikliniği' ne başvuran 5 infertil çift ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucu anket sorularında anlaşılmayan soru olmadığı için değişiklik yapılmamıştır.

2.7.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

07.06.11 – 31.01.12 tarihleri arasında başvuran çiftlerle sözlü ve yazılı onam alınarak araştırmacı denetimi altında soru formları uygulanmıştır. Anketlerin uygulaması her çift için yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Bireyler anket formunu poliklinik muayenesi öncesinde kendileri doldürmüştür.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Package for Social Science (SPSS) 18 paket programında gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerle tanımlayıcı istatistikler, Pearson korelasyon testi, T testi kullanılmıştır.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde ve Üroloji Polikliniği'nde çalışmaya gönüllü olarak katılan infertil çiftler ile yapıldığı için elde edilen veriler örneklem ile sınırlıdır ve tüm infertil çiftlere genellenemez. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınması ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı alınması sırasında Başhekimlik etik kurul onayı; etik kurul da Başhekimlik

onayı beklediği için sıkıntı yaşanmıştır. Polikliniğe başvuran infertil çift sayısının az olması nedeniyle veri toplama süresi belirlenen 6 aylık süre aşılarak 8 ay devam etmiştir. Başvuranların araştırmaya katılmak istememeleri nedeniyle de güçlükler olmuştur. İnfertil çiftlerin poliklinik ortamında mahrem konuları paylaşmak istememesi, infertil bireyin eşi ile değil yalnız gelmesi gibi nedenlerle veri toplama aşamasında sıkıntı yaşanmıştır.

2.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Verilerin toplanmasında kullanılan ölçekler yazarlar tarafından kullanıma açık olduğu için yazarlardan izin alınmamıştır. Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden (Tarih:14.04.2011 No: 605.01-2145) izin alınmıştır (Ek 5). Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Tarih: 30.05.2011 No: 050.04-31) (Ek 6) yazılı etik onay verilmiştir. Bireylere araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı olarak bilgi verilmiş, bireylerden yazılı onam alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. İnfertil Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

Çizelge.3.1.1.İnfertil çiftlerin sosyo-demografik özellikleri ve evliliklerine ilişkin bilgileri

Sosyo-demografik özellikler	KADIN		ERKEK	
	N	%	n	%
Yaş	28,21± 6,45		32,36± 5,96	
Eğitim süresi/yılı	7,96 ±3,59		8,90 ±4,07	
Bugüne dek en uzun yaşanan bölge				
Ege Bölgesi	44	84,8	49	89,2
Diğer Bölgeler	8	15,2	6	10,8
En uzun süre yaşanan yer				
Şehir	16	30,8	19	34,6
İlçe	16	30,8	15	27,3
Köy	14	26,9	13	23,6
Kasaba	6	11,5	8	14,5
Ekonomik Durum				
Gelir gidere denk	26	50,0	33	60,0
Gelir giderden az	18	34,6	17	30,9
Gelir giderden fazla	8	15,4	5	9,1
Sosyal güvencesi				
Var	45	86,5	51	92,7
Yok	7	13,5	4	7,3
Çalışma durumu				
Çalışmıyorum				
İşçi	40	76,9	4	7,3
Diğer (Memur, Serbest meslek)	6	11,7	30	54,5
	6	11,4	21	38,2
Evlilik yaşı	22,73±4,27		26,78±4,04	
Evlilik süresi/yılı	5,38 ±5,44		5,60 ±5,24	
Evlilik sayısı				
İlk	51	98,1	49	89,1
İkinci	1	1,9	6	10,9
Aile tipi				
Çekirdek aile	38	73,1	-	
Geniş aile	14	26,9		
Toplam	52	100	55	100

Çizelge 3.1.1, araştırma kapsamında anket uygulanan infertil çiftlerin sosyodemografik özelliklerine, evliliklerine ilişkin bilgilerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan infertil kadınların yaş ortalaması $28,21 \pm 6,45$ olarak bulunmuştur. Kadınların yaklaşık %85'inin en uzun süre yaşadığı bölge Ege Bölgesi, %30,8'inin en uzun süre yaşadığı yer ilçe ve %30,8'inin şehirdir. Kadınların %50'si gelir durumunun giderlerine denk olduğunu ve %86,5'i sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir. Kadınların eğitim süresi ortalama $7,96 \pm 3,59$ yıl olarak belirlenmiş ve yaklaşık %77'si çalışmadığını belirtmiştir. Araştırma kapsamındaki infertil kadınların %98,1'inin ilk evliliği olduğu ve evlilik yaşının ortalama $22,73 \pm 4,27$ yıl; evlilik sürelerinin ise ortalama $5,38 \pm 5,44$ yıl olduğu belirlenmiştir. Ayrıca %73,1'i çekirdek ailede yaşadıklarını ifade etmiştir.

Çizelge 3.1.1 incelendiğinde infertil erkeklerin yaş ortalaması $32,36 \pm 5,96$ olarak bulunmuştur. Erkeklerin %89,1'inin en uzun süre yaşadığı bölge Ege Bölgesi ve yaklaşık %35'inin en uzun süre yaşadığı yer şehirdir. Erkeklerin %60'ı gelir durumunun giderlerine denk olduğunu, %30,9'u gelir durumunun giderlerden az olduğunu ifade etmiştir. Erkeklerin %92,7'si sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir. Erkeklerin eğitim süresi ortalama $8,90 \pm 4,07$ yıl olarak belirlenmiş ve %54,5'i işçi olduğunu belirtmiştir. Erkeklerin %89,1'inin ilk evliliği olduğu ve evlilik yaşının ortalama $26,78 \pm 4,04$ yıl; evlilik sürelerinin ise ortalama $5,60 \pm 5,24$ yıl olduğu belirlenmiştir.

Çizelge. 3.1.2. İnfertil çiftlerin infertiliteyi etkileyebilecek özellikleri ve infertilite ile ilgili öyküleri

İnfertiliteyi etkileyebilecek özellikler	KADIN		ERKEK	
	N	%	N	%
Herhangi bir sağlık sorunu				
Yok	47	90,4	45	81,8
Var	5	9,6	10	18,2
İlaç kullanma				
Hayır	46	88,5	54	98,2
Evet	6	11,5	1	1,8
Sigara kullanma				
Hayır	45	86,5	45	81,8
Evet	7	13,5	10	18,2
Alkol kullanma				
Hayır	48	92,3	44	80
Evet	4	7,7	11	20
Çocuk sahibi olamama süresi	4,69±5,41		4,81±5,34	
Tedavi süresi	2,21±1,70		2,38±1,82	
İnfertilite nedeni				
Nedeni bilinmiyor	20	38,5	17	30,9
Benden kaynaklanıyor	15	28,8	19	34,5
Eşimden kaynaklanıyor	11	21,2	13	23,7
Hem benden hem eşimden kaynaklanıyor	6	11,5	6	10,9
Eşin tutumunda değişiklik				
Yok	46	88,5	46	83,6
Var *	6	11,5	9	16,4
Eşin ailesinden tepki				
Yok	45	86,5	52	94,5
Var **	7	13,5	3	5,5
İnfertilitenin sizi ve ailenizi etkileme durumu				
Çok üzülüyorum	29	55,8	25	45,5
Hiçbirşey değişmedi	12	23,1	18	32,7
Çok üzülüyorum, çok mutsuzum, eşimden ve ailesinden utanıyorum, boşanmaktan korkuyorum,	11	21,1	12	21,8
İnfertilite ile ilgili bilgi alma durumu				
Hayır	23	44,2	20	36,4
Evet	29	55,8	35	63,6
İnfertilite ile ilgili bilgi aldıkları kaynaklar				
Doktor	16	55,2	25	60,0
Kitap, dergi, gazete,internet, televizyon	4	13,8	1	4,0
Ebe, hemşire	2	6,9	0	0,0
Kitap, dergi, gazete,internet, televizyon, doktor, arkadaş, akraba,çevre	7	24,1	9	36,0
Toplam	52	100	55	100

*kadın (eşim çok üzülüyor n:4 %66,7), erkek (eşim çok üzülüyor n:7 %77,8)

**kadın (ailesi beni istemiyor n:5 %71,4)

Çizelge 3.1.2, araştırma kapsamında anket uygulanan infertil çiftlerin infertiliteyi etkileyebilecek özellikleri, infertilite ile ilgili öykülerine göre özelliklerini göstermektedir. İnfertil kadınlardan %90,1'i herhangi bir sağlık sorunu yaşamazken, %88,5'i herhangi bir ilaç kullanmadığını, %86,5'i sigara kullanmadığını, %92,3'ü ise alkol kullanmadığını belirtmiştir. Kadınların çocuk sahibi olamama süreleri ortalama $4,69 \pm 5,41$, herhangi bir tıbbi tedavi alma süreleri $2,21 \pm 1,70$ yıl olarak belirlenmiştir. İnfertilite nedeninin bilinmediğini belirten kadınların oranı %38,5 kendilerinden kaynaklandığını belirten kadınların oranı %28,8 olarak belirlenmiştir. Kadınların eşleri ve ailelerinin çocuk sahibi olamama konusunda tepki durumuna bakıldığında ise kadınların %11,5'i eşinin tutumunda değişiklik olduğunu ve ayrıca %13,5'inin eşinin ailesinin tepkili olduğunu ifade etmiştir. Buna karşılık kendilerinin ve ailesinin %55,8'inin çocuk sahibi olamadığı için çok üzülüğünü, %23,1'i çocuk sahibi olamamasının hiçbir değişikliğe neden olmadığını belirtmiştir. Kadınların %55,8' i infertilite konusunda bilgi aldıklarını ve bunlardan %55,2'sinin doktordan, %13,8'i, kitap, dergi, gazete, internet, televizyondan, %6,9'u ebe, hemşireden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

İnfertil erkeklerden %81,8'i herhangi bir sağlık sorunu yaşamazken, % 98,2'ü herhangi bir ilaç kullanmadığını, %81,8'i sigara kullanmadığını, %80'i ise alkol kullanmadığını belirtmiştir. İnfertil erkeklerin çocuk sahibi olamama süreleri ortalama $4,81 \pm 5,34$ yıl, infertiliteye bağlı herhangi bir tıbbi tedavi alma süreleri ortalama $2,38 \pm 1,82$ yıl olarak belirlenmiştir. Erkeklerin %34,5'i infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %30,9'u infertilite nedeninin bilinmediğini belirtmiştir. Erkeklerin eşleri ve ailelerinin çocuk sahibi olamama konusunda tepki durumuna bakıldığında ise erkeklerin %16,4'ü eşinin tutumunda değişiklik olduğunu ve ayrıca %5,5'i eşinin ailesinin tepkili olduğunu ifade etmiştir. Buna karşılık kendilerinin ve ailesinin %45,5'inin çocuk sahibi olamadığı için çok üzülüğünü, %32,7'si hiçbir değişikliğin olmadığını belirtmiştir. Erkeklerin %63,6'sı infertilite konusunda bilgi aldıklarını ve bunlardan %60'ı doktordan, %24'ü doktor, kitap, dergi, gazete, internet, televizyon gibi kaynaklardan bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamındaki infertil erkeklerin ebe ve hemşireden bilgi almadıkları görülmüştür (Çizelge 3.1.2).

3.2. İnfertil Kadınların ACYÖ Puanı ile İlgili Bulguları

Çizelge.3.2.1. İnfertil kadınların ACYÖ puanları

ACYÖ puanları	N	%
Cinsel işlev bozukluğu olmayanlar (0-10 puan)	9	17,3
Cinsel işlev bozukluğu olanlar (≥11 puan)	43	82,7
Toplam	52	100

Araştırmada infertil kadınların cinsel işlev bozukluğunu belirlemek amacıyla 5 sorudan oluşan ACYÖ Kadın formu kullanılmıştır. Bu ölçeğe göre 11 ve üzerinde puan alan kadınların cinsel işlev bozukluğu olduğu bilinmektedir. Araştırma kapsamında kadınların ACYÖ puanlarına bakıldığında kadınların %82,7'sinde cinsel işlev bozukluğu görülmektedir (Çizelge 3.2.1).

Çizelge.3.2.2. İnfertil kadınların ACYÖ alt grup puan ortalamaları

ACYÖ alt grup puanları	Min	Max	Ort	SS
N:52				
Cinsel istek	1,00	5,00	2,48	0,98
Cinsel uyarılma	1,00	6,00	3,19	1,35
Vajinada ıslanma/nemlenme	1,00	5,00	2,69	1,21
Cinsel açıdan orgazm olma	1,00	6,00	3,48	1,26
Cinsel açıdan tatmin olma	1,00	6,00	2,59	1,28
Toplam	5,00	24,00	14,44	4,48

Araştırmada infertil kadınlara uygulanan ACYÖ Kadın Formu soruları 5 ile 30 puan arasında değerlendirilmektedir. Araştırma kapsamında kadınların ACYÖ puanlarına bakıldığında toplam en düşük puan 5,00 olarak, en yüksek puan 24,00 olarak belirlenmiştir. Kadınların toplam ACYÖ alt grup puanları ortalama 14,44±4,48 olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.2.2).

Çizelge 3.2.3. İnfertil kadınların ACYÖ alt grup puan dağılımı

ACYÖ alt grup puanları	N	%
Cinsel isteksizlik	52	61,5
Cinsel uyarılma bozukluğu	52	42,3
Vajinada ıslanma/nemlenme bozukluğu	52	61,5
Cinsel açıdan orgazm olamama	52	51,9
Cinsel açıdan tatmin olamama	52	18,7

Araştırmada infertil kadınların ACYÖ alt grup puan dağılımlarına bakıldığında kadınların %61,5'inde cinsel isteksizlik, %42,3'ünde cinsel uyarılma bozukluğu, %61,5'inde vajinada ıslanma/nemlenme bozukluğu, %51,9'unda cinsel açıdan orgazm olamama, %18,7'sinde cinsel açıdan tatmin olamama görülmektedir (Çizelge 3.2.3).

3.3. İnfertil Erkeklerin ACYÖ Puanı ile İlgili Bulguları

Çizelge.3.3.1. İnfertil erkeklerin ACYÖ puanları

ACYÖ puanları	N	%
Cinsel işlev bozukluğu olmayanlar (0-10 puan)	28	50,9
Cinsel işlev bozukluğu olanlar (≥11 puan)	27	49,1
Toplam	55	100

Araştırmada infertil erkeklerin cinsel işlev bozukluğunu belirlemek amacıyla 5 sorudan oluşan ACYÖ erkek formu kullanılmıştır. Bu ölçeğe göre 11 ve üzerinde puan alan erkeklerin cinsel işlev bozukluğu olduğu bilinmektedir. Araştırma kapsamında erkeklerin ACYÖ puanlarına bakıldığında erkeklerin %49,1'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Çizelge.3.3.2. İnfertil erkeklerde ACYÖ alt grup puan ortalamaları

ACYÖ alt grup puanları n:55	Min	Max	Ort	SS
Cinsel dürtü	1,00	5,00	2,20	1,02
Psikolojik uyarılma	1,00	6,00	2,38	1,04
Fizyolojik uyarılma	1,00	5,00	2,03	0,88
Orgazm kapasitesi	1,00	4,00	2,09	0,98
Doyum	1,00	5,00	2,21	0,91
Toplam	5,00	20,00	10,92	3,44

Araştırmada infertil erkeklere uygulanan ACYÖ Erkek Formu soruları 5 ile 30 puan arasında değerlendirilmektedir. Araştırma kapsamında erkeklerin ACYÖ puanlarına bakıldığında toplam en düşük puan 5,00 olarak, en yüksek puan 20,00 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin toplam ACYÖ alt grup puanları ortalama $10,92 \pm 3,44$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.3.2).

Çizelge 3.3.3. İnfertil erkeklerin ACYÖ alt grup puan dağılımı

ACYÖ alt grup puanları	N	%
Cinsel isteksizlik	55	38,1
Cinsel tiksinti bozukluğu	55	10,9
Cinsel sertleşme bozukluğu	55	20,0
Cinsel orgazm bozukluğu	55	38,2
Cinsel açıdan doyumsuzluk	55	32,7

Araştırmada infertil erkeklerin ACYÖ alt grup puan dağılımlarına bakıldığında %38,1’inde cinsel isteksizlik, %10,9’unda cinsel tiksinti bozukluğu, %20,0’ında cinsel sertleşme bozukluğu, %38,2’sinde cinsel orgazm bozukluğu, %32,7’sinde cinsel açıdan doyumsuzluk görülmektedir (Çizelge 3.3.3).

3.4. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Cinsel İşlev Ölçek Puanları Arasındaki Farka İlişkin Bulguları

Çizelge.3.4.1. İnfertil kadın ve erkeklerin ACYÖ puanları

ACYÖ puan durumları	Min	Max	Ort	SS
Kadın (52)	5,00	24,00	14,44	4,48
Erkek (55)	5,00	20,00	10,92	3,44

Araştırma kapsamında kadınların ACYÖ puanlarına bakıldığında toplam en düşük puan 5,00 olarak, en yüksek puan 24,00 olarak belirlenmiştir. Kadınların toplam ACYÖ puan dağılımları ortalama $14,44 \pm 4,48$ olarak belirlenmiştir. Erkeklerin ACYÖ puanları ise toplam en düşük puan 5,00 olarak, en yüksek puan 20,00 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin toplam ACYÖ puanları ortalama $10,92 \pm 3,44$ olarak belirlenmiştir. İnfertil kadınların ACYÖ puanları erkeklerin ACYÖ puanlarına göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.4.1).

Çizelge.3.4.2. İnfertil kadın ve erkeklerin cinsel işlev ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		T	P
	Ort	SS	Ort	SS		
ACYÖ puanları	14,44	4,48	10,75	3,42	4,720	0,019

Kadınların ACYÖ puanı ile erkeklerin ACYÖ puanları arasındaki fark ($p<0,05$) anlamlı bulunmaktadır (Çizelge 3.4.2).

3.5. İnfertil Kadınların Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguları

Çizelge.3.5.1. İnfertil kadınların yaşam kalitesi ölçek puanları

Yaşam kalitesi ölçek puanları n:52	Min	Max	Ort	SS
Genel sağlık alanı	3,00	10,00	6,51	1,61
Bedensel alan	16,00	30,00	22,59	0,44
Psikolojik alan	12,00	26,00	20,76	0,46
Çevre ve ulusal çevre alanı kültüre standardize(TR)	17,00	38,00	27,71	0,66
Sosyal alan	6,00	22,00	10,84	0,37
Toplam	65,00	113,00	90,38	1,54

Araştırmada infertil kadınlara uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeği, genel sağlık alanı, bedensel alan, psikolojik alan, çevre ve ulusal çevre alanı kültüre standardize, sosyal alan olmak üzere 5 alandan oluşmaktadır. Yaşam Kalitesi Ölçeği 27 ile 135 puan arasında değerlendirilmektedir. Araştırma kapsamında kadınların yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında toplam en düşük puan 65,00, en yüksek puan 113,00 olarak belirlenmiştir. Kadınların toplam yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması $90,38\pm 1,54$ 'dür (Çizelge 3.5.1).

3.6. İnfertil Erkeklerin Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguları

Çizelge.3.6.1. İnfertil erkeklerin yaşam kalitesi ölçek puanları

Yaşam kalitesi ölçek puanları n:55	Minimum	Maximum	Ort	SS
Genel sağlık alanı	2,00	10,00	6,85	1,54
Bedensel alan	10,00	32,00	23,09	0,56
Psikolojik alan	10,00	28,00	21,92	0,53
Çevre ve ulusal çevre alanı kültüre standardize(TR)	8,00	36,00	27,92	0,74
Sosyal alan	5,00	15,00	11,14	0,36
Toplam	36,00	112,00	92,61	1,95

Araştırma kapsamında erkeklerin yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında toplam en düşük puan 36,00, en yüksek puan ise 112,00 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin toplam yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması $92,61 \pm 1,95$ 'dir (Çizelge 3.6.1).

3.7. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki Farka İlişkin Bulguları

Çizelge.3.7.1. İnfertil kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi ölçek puanları

Yaşam kalitesi ölçeği alt grupları	Kadın (n:52)		Erkek (n:55)	
	Ort	SS	Ort	SS
Genel sağlık alanı	6,51	1,61	6,85	1,54
Bedensel alan	22,59	0,44	23,09	0,56
Psikolojik alan	20,76	0,46	21,92	0,53
Çevre ve ulusal çevre alan	27,71	0,66	27,92	0,74
Sosyal alan	10,84	0,37	11,14	0,36
Toplam	90,38	1,54	92,61	1,95

Kadınların toplam yaşam kalitesi puanı ortalama $90,38 \pm 1,54$ olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında erkeklerin toplam yaşam kalitesi puanı ortalama $92,61 \pm 1,95$ olarak belirlenmiştir. Kadınların yaşam kalitesi erkeklerin yaşam kalitesinden daha düşük olduğu görülmektedir (Çizelge 3. 7. 1).

Çizelge.3.7.2. İnfertil kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		T	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Yaşam kalitesi ölçeği	91,09	10,76	92,80	14,68	-0,678	0,078

Kadınların yaşam kalitesi puanı ile erkeklerin yaşam kalitesi puanı arasındaki fark ($p > 0,05$) anlamlı bulunmamıştır (Çizelge 3.7.2).

3.8. İnfertil Kadınların Cinsel İşlev Ölçek Puanı ile Yaşam Kalitesi Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Çizelge.3.8.1 İnfertil kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki

	Yaşam kalitesi ölçek puanları											
	Genel sağlık alan		Bedensel alan		Psikolojik alan		Çevre ve ulusal çevre alan		Sosyal alan		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
ACYÖ puanları	-0,046	0,747	-0,124	0,380	-0,249	0,075	-0,016	0,911	-0,379	0,006	-0,170	0,227

r= pearson korelasyon analizi

Kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi genel sağlık alanı, bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevre ve ulusal çevre alan puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmaktadır. Kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p>0,05$) bir ilişki bulunmamıştır (Çizelge 3.8.1).

3.9. İnfertil Erkeklerin Cinsel İşlev Ölçek Puanları ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Çizelge.3.9.1. İnfertil erkeklerin ACYÖ puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki

	Yaşam kalitesi ölçek puanları											
	Genel sağlık alan		Bedensel alan		Psikolojik alan		Çevre ve ulusal çevre alan		Sosyal alan		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
ACYÖ puanları	-0,183	0,182	-0,207	0,129	-0,373	0,005	-0,243	0,073	-0,465	0,002	-0,383	0,004

r= pearson korelasyon testi

Erkeklerin ACYÖ puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, erkeklerin cinsel işlev ölçek puanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alan, genel sağlık alan, psikolojik alan, çevre ve ulusal çevre alan, sosyal alan değerleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Araştırma kapsamında erkeklerin ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi arasında negatif orta düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Erkeklerin ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki bulunmaktadır (Çizelge 3.9.1). İnfertil erkeklerin cinsel işlev bozukluğu arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

4. TARTIŞMA

4.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-demografik Özellikleri, Evliliklerine İlişkin Bilgilerine Göre Özellikleri

Araştırma kapsamındaki infertil kadınların %98,1'inin ilk evliliği olduğu ve evlilik yaşının ortalama $22,73 \pm 4,27$ yıl, evlilik sürelerinin ise ortalama $5,38 \pm 5,44$ yıl olduğu belirlenmiştir. Ayrıca %73,1'i çekirdek ailede yaşadıklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamındaki infertil erkeklerin %89,1'inin ilk evliliği olduğu ve evlilik yaşının ortalama $26,78 \pm 4,04$ yıl, evlilik sürelerinin ise ortalama $5,60 \pm 5,24$ yıl olduğu belirlenmiştir.

Drosdzol ve Skrzypulec (2008) çalışmasında infertil kadınların evlilik süresi $5,9 \pm 4,1$ yıl, infertil erkeklerin evlilik süresi $5,9 \pm 3,9$ yıl olarak belirlenmiştir. Arslan ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında evlilik süresi 6 yıl ve üzerinde olan kadın ve erkeklerin oranı %57,9 olarak saptanmıştır. Ünal ve arkadaşlarının infertil kadınlarla yaptığı (2010) çalışmada kadınların evlilik süresi ortalama $8,0 \pm 4,9$ yıl olarak belirlenmiştir. Güleç ve arkadaşları (2011) çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin ortalama evlilik yaşının $24,25 \pm 5,52$, evlilik süresininin $8,41 \pm 5,47$ yıl olduğunu belirtmiştir. Kılınç (2007) çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin ortalama evlilik süresini $8,39 \pm 4,71$ olarak belirtmiştir. Chachamovich ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin evlilik süresi $9,13 \pm 4,7$ olarak saptanmıştır. Kuş (2008) çalışmasında infertil kadınların evlilik süresini $4,79 \pm 3,10$ yıl olduğunu belirlemiştir. Yapılan çalışmalarda infertil kadın ve erkeklerin aile biçimine bakıldığında çoğunun çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır (Oğuz 2004, Güleç ve ark 2011). Araştırma kapsamında belirtilen ortalama evlilik süresi diğer çalışma sonuçları ile benzerdir (Arslan ve ark 2008, Drosdzol ve Skrzypulec 2008, Güleç ve ark 2011, Esmailzadeh ve ark 2013). Kadınlar erkeklere oranla daha erken yaşta evlenmektedir.

4.2. İnfertil Çiftlerin İnfertiliteyi Etkileyebilecek Özellikleri, İnfertilite ile İlgili Öykülerine Göre Özellikleri

Araştırma kapsamındaki infertil kadınlardan %14,5'i sigara kullandığını, %7,7'si alkol kullandığını belirtmiştir. İnfertil erkeklerden %18,2'si sigara kullandığını, %20'si alkol kullandığını belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada eşlerin %83,3'ünün ve kadınların yaklaşık yarısının sigara kullandığı, tamamının ise alkol kullanmadığı saptanmıştır (Kuş

2008). Esmailzadeh ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında kadınların %6,9'u sigara kullandığını, %0,7'si alkol kullandığını belirtmiştir. Droszol ve Skrzypulec (2008) ise sigara kullanan infertil kadınların oranını %18,9, infertil erkeklerin oranını %30,3 olarak ifade etmiştir. İnfertil kadınlar ile yapılan başka bir çalışmada ise sigara kullanımını %74,5, alkol kullanımını %37,5 olarak ifade edilmiştir (Pinar ve Zeyneloğlu 2012). Volgsten ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında sigara kullanan infertil kadınların oranı %12,4, sigara kullanan infertil erkeklerin oranı %13,6 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda infertil kadın ve erkeklerde sigara ve alkol kullanım oranları değişkenlik göstermektedir (Tashbulatova 2007, Droszol ve Skrzypulec 2008, Volgsten ve ark 2008, Pinar ve Zeyneloğlu 2012, Esmailzadeh ve ark 2013).

Araştırmadaki infertil kadınların çocuk sahibi olamama süreleri ortalama $4,69 \pm 5,41$ yıl, herhangi bir tıbbi tedavi alma süreleri $2,21 \pm 1,70$ yıl olarak belirlenmiştir. İnfertil erkeklerin çocuk sahibi olamama süreleri ortalama $4,81 \pm 5,34$ yıl, infertiliteye bağlı herhangi bir tıbbi tedavi alma süreleri ortalama $2,38 \pm 1,82$ yıl olarak belirlenmiştir. Rashidi ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında kadınların ve erkeklerin infertilite süresi ortalama $8,8 \pm 5,4$ yıl olarak belirlenmiştir. Chachamovich ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin infertilite süresi $5,76 \pm 3,64$ yıl olarak saptanmıştır. Boivin ve arkadaşlarının (1999) infertil çiftlerle yaptığı çalışmada infertil kadın ve erkeklerin infertilite süresi $6,24 \pm 3,5$ yıl olarak bulunmuştur. Heredia ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin infertilite süresi $5,29 \pm 6,72$ olarak belirlenmiştir. Kuş (2008) çalışmasında infertil kadınların infertilite süresini $3,32 \pm 2,17$ yıl olarak belirlemiştir. Yapılan çalışmalarda çiftlerin infertilite süresi değişkenlik göstermektedir (Oğuz 2004, Kılınç 2007, Kuş 2008, Chachamovich ve ark 2010). İnfertilitede tedavi süresi çiftlerin yaşamını etkileyecek kadar uzun zaman almaktadır.

Araştırma kapsamındaki infertilite nedeninin bilinmediğini belirten kadınların oranı %38,5, infertilitenin kendilerinden kaynaklandığını belirten kadınların oranı %28,8 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin %34,5'i infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %30,9'u infertilite nedeninin bilinmediğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda infertilite nedenlerinin kaynağının değişkenlik gösterdiği görülmektedir (Kılınç 2007, Chachamovich ve ark 2010, Ünal ve ark 2010, Heredia ve ark 2013). Ünal ve arkadaşları (2010) infertilite nedenlerinin %26,1'ini kadın faktörlü, %22,4'ünü erkek faktörlü, %12,8'ini hem kadın

hem erkek faktörlü, %38,7'sini bilinmeyen faktörler olarak belirlemiştir. Bir başka çalışmada infertilite nedenlerine bakıldığında %43,8 erkek faktörlü, %36,1 nedeni açıklanamayan, %17,7 kadın faktörlü, %2,4 hem kadın hem erkek faktörlü olarak belirlenmiştir (Kılınç 2007). Heredia ve arkadaşları (2013) infertilite nedenini %62,5 erkek faktörlü, %18,8 kadın faktörlü, %6,3 hem kadın hem erkek faktörlü, %12,5 nedeni açıklanamayan infertilite olarak belirlemiştir. Chachamovich ve arkadaşları (2010) ise infertilite nedenini %65 kadın faktörlü, %47 erkek faktörlü, %23,3 hem kadın hem erkek faktörlü, %27 nedeni açıklanamayan infertilite olarak belirlemiştir. Genel olarak kadına ait infertilite nedenleri %40-50, erkeğe ait infertilite nedenleri %30-40, nedeni açıklanamayan infertilite ise %10-15 olarak ayrılmaktadır (Miller ve ark 1999, Lee ve ark 2001, Devran ve ark 2007).

Araştırmadaki infertil kadınların eşleri ve ailelerinin çocuk sahibi olamama konusunda tepki durumuna bakıldığında ise kadınların %11,5'i eşinin tutumunda değişiklik olduğunu ve ayrıca %13,5'inin eşinin ailesinin tepkili olduğunu ifade etmiştir. Buna karşılık kendilerinin ve ailesinin %55,8'inin çocuk sahibi olamadığı için çok üzülüğünü, %23,1'i çocuk sahibi olamamasının hiçbir değişikliğe neden olmadığını belirtmiştir. Erkeklerin eşleri ve ailelerinin çocuk sahibi olamama konusunda tepki durumuna bakıldığında ise erkeklerin %16,4'ü eşinin tutumunda değişiklik olduğunu ve ayrıca %5,5'i eşinin ailesinin tepkili olduğunu ifade etmiştir. Buna karşılık kendilerinin ve ailesinin %45,5'inin çocuk sahibi olamadığı için çok üzülüğünü, %32,7'si hiçbir değişikliğin olmadığını belirtmiştir.

Devran ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada IVF tedavisi alan 500 infertil kadının, tedavi süreci ve özelliğinden olumsuz etkilendikleri bulunmuştur. Kadınların %74,4'ü çocuk sahibi olamamayı en üzücü olay olarak düşünmektedir. Çocuk sahibi olamama konusunda eşin tutumunda değişiklik olduğunu belirten kadınların oranı %17,8 iken eşin ailesinin tepkili olduğunu ifade eden kadınların oranı %18,6 olarak belirlenmiştir. Kuş (2008) çalışmasında infertil kadınların %91'inin evlilikte ciddi sorun yaşamadığı, %84,3'ünün eşinin kendisine karşı davranışlarında değişiklik olmadığını belirtmiştir. Kadınlara kendilerinin ve eşlerinin çocuk sahibi olmadıkları için hissettikleri duygular sorulduğunda, olumsuz duygular hissettiğini belirten kadınların oranı %73,9 ve eşlerinin olumsuz duygular hissettiğini belirten kadınların oranı %59 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda araştırmamıza benzer olarak infertil çiftlerin çoğunda eşinin

tutumunda değişiklik olmadığı ve eşinin ailesinin tepkili olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca infertil kadınların çocuk sahibi olamamayı en üzücü olay olarak düşündüğü bulunmuştur. Kadınlar eşlerinin ailelerinden erkeklere oranla daha çok tepkiyle karşılaşmaktadır (Akyüz ve ark 1999, Ak 2001, Devran ve ark 2007, Kuş 2008, Taşçı ve ark 2008).

Araştırma kapsamındaki infertil kadınların %55,8'i infertilite konusunda bilgi aldıklarını ve bunlardan %55,2'sinin doktordan, %6,9'u ebe ve hemşireden, %13,8'i kitap, dergi, gazete, internet, televizyon gibi kaynaklardan bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Erkeklerin %63,6'sı infertilite konusunda bilgi aldıklarını ve bunlardan %60'ı doktordan, %24'ü doktor, kitap, dergi, gazete, internet, televizyon gibi kaynaklardan bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamındaki infertil erkeklerin ebe ve hemşireden bilgi almadıkları görülmüştür. Hemşirelerin infertil çiftlerin tanı ve tedavi sürecinde eğitim ve danışmanlık için son derece uygun pozisyonda oldukları bilinmektedir. Tedavi ile ilgili karar vermede hastaya yardım etmek, tedavinin sonuçlarına rağmen yaşamın ve kendinin başarılı yönleri üzerine odaklanmasını sağlamak, kişilerarası ilişkilerini geliştirmek ve sürdürmesini teşvik etmek gibi stratejilerin yürütülmesinde ve devamında hemşireler anahtar rollere sahiptir. Hemşireler, sağlık bakım kararları için hastayı savunan, hastaya eğitimle güç veren mükemmel bir pozisyonadadırlar ve gerektiğinde çifti psikiyatriste yönlendirebilirler (ESHRE 2001, Burns ve Covington 2006, Coşkun ve ark 2009, Kızılkaya Beji 2011). Terzioğlu (2001) danışmanlığın yardımcı üreme teknikleri üzerine olan etkisini araştırdığı çalışmasında, danışmanlığın tedavide başarı sağlanmasında etkili olduğunu bildirmekte, hemşirenin danışmanlık rolüne dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalarda infertil kadın ve erkeklerin infertilite konusunda hemşire ve ebelerden yeterince yararlanmadığı görülmektedir (Boivin ve ark 1999, Devran ve ark 2007).

Pinar ve Zeyneloğlu'nun (2012) çalışmasına göre infertil kadınların %70'i infertilite konusunda bilgi aldığını, %30'u bilgi almadığını belirtmiştir. Boivin ve arkadaşlarının (1999) çalışmasına göre kadınların % 59,6'sı, erkeklerin %46,9'u televizyon ve gazeteden, kadınların %43,6'sı, erkeklerin %26,5'i doktordan infertilite konusunda bilgi almaktadır. Devran ve arkadaşları (2007) çalışmasında infertilite konusunda bilgi alan kadınların oranını %31,8, bilgi almayan kadınların oranını %68,2 olarak belirlemiştir.

4.4. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Cinsel İşlev Ölçek Puanları

Araştırma kapsamındaki infertil kadınların %82,7'sinde cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. Kadınların %61,5'inde cinsel isteksizlik, %42,3'ünde cinsel uyarılma bozukluğu, %61,5'inde vajinada ıslanma/nemlenme bozukluğu, %51,9'unda cinsel açıdan orgazm olamama, %18,7'sinde cinsel açıdan tatmin olamama görülmektedir. Nijeryalı 97 infertil kadının cinsel öyküsüne yönelik yapılan çalışmada yaygın olarak cinsel işlev bozukluğu olduğu görülmektedir. Bunlar arasında %78,4 cinsel soğukluk, %57,7 disparoni, %20,6 cinsel uyarılma bozukluğu, %20,6 orgazm olamama görülmektedir. İnfertil kadınların %52,6'sı eşleriyle olan cinsel ilişkilerini hiç başlatmazken %20'si ise cinsel birleşmeden hiç keyif almadığını belirtmektedir (Audu 2010). Tashbulatov (2007) çalışmasında kadınların cinsel istekte ve orgazm sıklığında azalma olduğunu belirtmiştir. İran' da IVF merkezine başvuran, 300 infertil kadının cinsel sorunlarına yönelik yapılan çalışmada, libido azalması %80,7, orgazm olamama %83,7, cinsel isteksizlik %75, vajinismus %76,7, disparoni %67,7 görülmektedir. İnfertilite tanısı sonrası kadınların %58,3'ünde cinsel istekte azalma olurken, %18,7'sinde cinsel istekte artmadan bahsedilmektedir (Tayebi ve Ardakani 2009).

Araştırma kapsamındaki infertil erkeklerin %49,1'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir. İnfertil erkeklerin %38,1'inde cinsel isteksizlik, %10,9'unda cinsel tiksinti bozukluğu, %20,0'ında cinsel sertleşme bozukluğu, %38,2'sinde cinsel orgazm bozukluğu, %32,7'sinde cinsel açıdan doyumsuzluk görülmektedir. Tunç ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında infertil erkeklerin %21,5'inde cinsel sorgulama sonucunda cinsel fonksiyon bozukluğu olduğunu belirlemiştir. Özçelik ve arkadaşları (2007), erkek faktörlü infertil çiftlerde, erkeklerin %80'inde cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıktığını belirtmektedir. Shabsigh ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir çalışmada erektil disfonksiyon olan infertil erkek hastaların oranını %54 olarak belirlemiştir. Van Zyl (1987) çalışmasında infertilite nedeniyle başvuran çiftlerde %42 oranında cinsel işlev bozuklukları olduğunu rapor etmiştir. Cinsel aktivite özellikle ovulasyon zamanında sınırlı olduğu için ya da kaçınıldığı için istek, uyarılma, orgazm bozuklukları ya da ağrı nedeniyle infertilite görülebilmektedir. Azalmış cinsel ilişki sonucu oluşan infertilite, cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olmasına rağmen infertilitenin çiftlerin cinsel fonksiyonlar üzerine de etkisi görülebilmektedir (Millheiser ve ark 2010). Yapılan çalışmalara göre infertilite kadınların cinselliğini olumsuz etkilemektedir.

Araştırma kapsamında infertil kadınların cinsel yaşantılar ölçeği ile erkeklerin cinsel yaşantılar ölçeği arasındaki fark ($p<0,05$) anlamlı bulunmaktadır. Kadınların cinsel işlev durumu erkeklerin cinsel işlev durumuna göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Güleç ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında cinsel işlevselliğin genel değerlendirmesinde infertilite grubundaki erkekler daha fazla sorun bildirmiştir. Karlıdere ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada kadın ve erkeklerin cinsel işlev durumu benzerlik göstermektedir. İnfertil çiftlerle yapılan başka bir çalışmada kadın cinsel fonksiyon ölçeği ile erkek cinsel fonksiyon ölçeği arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (Shindel ve ark 2003). Lee ve arkadaşlarının (2001) infertilite tanısı alan çiftlerle yaptığı çalışmasında kadınların cinsel memnuniyetlerinin erkeklerden daha düşük olduğu bulunmuştur. İnfertil kadın ve erkeklerdeki cinsel işlev durumu arasında fark bulunmuştur (Lee ve ark 2001). Arslan ve arkadaşlarına (2008) göre kadınların cinsel işlev puanı ile erkeklerin cinsel işlev puanı arasında fark bulunmamaktadır. Yapılan çalışmaların bazılarında infertil kadınların cinsel işlev durumu ile erkeklerin cinsel işlev durumu benzerlik göstermektedir (Karlıdere ve ark 2007, Arslan ve ark 2008, Güleç ve ark 2011). Bazı çalışmalarda ise infertil kadınların cinsel işlev durumu infertil erkeklerden daha çok etkilenmektedir (Shindel ve ark 2003, Lee ve ark 2001).

4.5. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Araştırma kapsamında kadınların toplam yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması $90,38\pm 1,54$ erkeklerin ise toplam yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması $92,61\pm 1,95$ olarak belirlenmiştir. Kadınların yaşam kalitesi ölçeği puanları ile erkeklerin yaşam kalitesi ölçeği puanları arasındaki fark ($p>0,05$) anlamlı değildir. Fakat kadınların yaşam kalitesi erkeklerin yaşam kalitesinden daha düşük olarak bulunmuştur. Türk toplumunda infertilite özellikle kadınlar için sosyal sorunlara neden olmaktadır. Çeşitli çalışmalarda, eşlerin duygusal durumunun, sosyal hayatının, evliliklerinin, ilişkilerinin ve sosyal yaşamlarının infertilite sorunundan etkilendiği tespit edilmiştir (Yeşiltepe ve ark 2010).

Chachamovich ve arkadaşlarına (2010) göre erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışmada ise infertilite erkek faktörlü olsa dahi kadınların yaşam kalitesi erkeklerden daha düşük olarak belirlenmiştir (Lau ve ark 2008). Onat ve Beji' nin (2012) çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi düşük görülmektedir. Portekizde yapılan bir çalışmada infertil kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi

arasındaki fark anlamlı bulunmamaktadır. Fakat kadınların yaşam kalitesi erkeklerin yaşam kalitesinden daha düşük olarak belirlenmiştir (Ramos ve ark 2010). Aslan ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek olarak bulunmuştur (Arslan ve ark 2008). Shindel ve arkadaşlarına (2003) göre kadınların yaşam kalitesi ölçeği puanları ile eşlerinin yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (Shindel ve ark 2003). Chachamovich ve arkadaşlarına (2009) göre kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yapılan benzer çalışmalarda ise kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi değerleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Esmailzadeh ve ark 2013, Huppelschoten ve ark 2013). Rashidi ve arkadaşlarının çalışmasına göre infertil erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak arasındaki fark anlamlı düzeyde saptanmamıştır (Rashidi ve ark 1999). Chachamovich ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi alt grup puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çiftlerin çoğu için, infertilite büyük bir yaşam krizidir. Ayrıca son verilerde ileri sürülen kadınlar için erkeklerden daha önemli bir stresör kaynağı olmasıdır (Fido ve Ajmal 2004). Yapılan çalışmalarda infertil çiftlerde kadınların yaşam kalitesi erkeklerden daha çok etkilenmektedir (Rashidi ve ark 1999, Fekkes ve ark 2003, Khayata ve ark 2003, Monga ve ark 2004, Ragni ve ark 2005, Lau ve ark 2008, Drosdzol ve Skrzypulec 2008, Chachamovich ve ark 2009, Pinar ve Zeyneloğlu 2012, Huppelschoten ve ark 2013).

4.6. İnfertil Kadın ve Erkeklerin Cinsel İşlev Ölçek Puanları ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamında kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p>0,05$) bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma kapsamında erkeklerin ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki bulunmaktadır. İnfertil erkeklerin cinsel işlev bozukluğu arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu çalışmada erkeklerin cinsel işlev ölçek puanları kadınlardan daha iyi durumda olmasına rağmen cinsel işlev ölçek puanlarının yaşam kalitesi ölçek puanlarını etkilediği görülmüştür. Kadınların cinsel işlev ölçek puanlarının yaşam kalitesi puanlarını etkilememesinin nedeni olarak kadınların cinselliği yaşamlarında önemli bir konu olarak görmemelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Üroloji Polikliniği'ne başvuran, infertilite sorunu yaşayan çiftlerde infertilitenin, çiftlerin cinsel işlev durumu ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur:

Örnekleme yer alan infertil kadınların yaş ortalaması $28,21 \pm 6,45$, infertil erkeklerin yaş ortalaması $32,36 \pm 5,96$ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.1.1.).

İnfertil kadınların yaklaşık %85'inin en uzun süre yaşadığı bölge Ege Bölgesi, %30,8'inin en uzun süre yaşadığı yer ilçe ve %30,8'inin şehirdir. İnfertil erkeklerin %89,1'inin en uzun süre yaşadığı bölge Ege Bölgesi, yaklaşık % 35'inin en uzun süre yaşadığı yer şehirdir (Çizelge 3.1.1.).

İnfertil kadınların %50'si gelir durumunun giderlerine denk olduğunu ifade etmiştir. İnfertil erkeklerin %60'ı gelir durumunun giderlerine denk olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 3.1.1.).

İnfertil kadınların %86,5'i sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir. İnfertil erkeklerin %92,7'si sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir (Çizelge 3.1.1.).

İnfertil kadınların eğitim süresinin ortalama $7,96 \pm 3,59$ yıl olduğu, yaklaşık %77'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. İnfertil erkeklerin eğitim süresi ortalama $8,90 \pm 4,07$ yıl olarak belirlenmiştir ve %54,5'i işçi olduğunu belirtmiştir (Çizelge 3.1.1.).

İnfertil kadınların %98,1'inin ilk evliliği olduğu ve evlilik yaşının ortalama $22,73 \pm 4,27$ yıl; evlilik sürelerinin ise ortalama $5,38 \pm 5,44$ yıl olduğu belirtmiştir. İnfertil erkeklerin %89,1'inin ilk evliliği olduğu ve evlilik yaşının ortalama $26,78 \pm 4,04$ yıl; evlilik sürelerinin ise ortalama $5,60 \pm 5,24$ yıl olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1.).

İnfertil kadınların, %73,1'i çekirdek ailede yaşadıklarını ifade etmiştir (Çizelge 3.1.1.).

İnfertil kadınlardan %90,1'i herhangi bir sağlık sorunu yaşamazken, %88,5'i herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtmiştir. İnfertil erkeklerden %81,8'i herhangi bir sağlık sorunu yaşamazken, % 98,2'ü herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtmiştir (izelge 3.1.2).

İnfertil kadınların %86,5'i sigara kullanmadığını, %92,3'ü ise alkol kullanmadığını belirtmiştir. İnfertil erkeklerin %81,8'i sigara kullanmadığını, %80'i ise alkol kullanmadığını belirtmiştir (izelge 3.1.2).

İnfertil kadınların ocuk sahibi olamama süreleri ortalama $4,69\pm 5,41$, herhangi bir tıbbi tedavi alma süreleri $2,21\pm 1,70$ olarak belirlenmiştir. İnfertil erkeklerin ocuk sahibi olamama süreleri ortalama $4,81\pm 5,34$ yıl, infertiliteye bağlı herhangi bir tıbbi tedavi alma süreleri ortalama $2,38\pm 1,82$ yıl olarak belirlenmiştir (izelge 3.1.2).

İnfertil kadınların %38,5'i infertilite nedeninin bilinmediğini, %28,8'i infertilitenin kendilerinden kaynaklandığını belirtmiştir. İnfertil erkeklerin %34,5'i infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %30,9'u infertilite nedeninin bilinmediğini belirtmiştir (izelge 3.1.2).

İnfertil kadınların %11,5'i ocuk sahibi olamama konusunda eşinin tutumunda değişiklik olduğunu, %13,5'inin eşinin ailesinin tepkili olduğunu, %55,8'i kendilerinin ve ailesinin ocuk sahibi olamadığı için çok üzüldüğünü ifade etmiştir. İnfertil erkeklerin % 16,4'ü ocuk sahibi olamama konusunda eşinin tutumunda değişiklik olduğunu, %5,5'i eşinin ailesinin tepkili olduğunu, %45,5'i kendilerinin ve ailesinin ocuk sahibi olamadığı için çok üzüldüğünü, ifade etmiştir (izelge 3.1.2).

İnfertil kadınların %55,8'i infertilite konusunda bilgi aldıklarını ve bunlardan %55,2'sinin doktordan bilgi aldığını ifade etmiştir. İnfertil erkeklerin %54,1'i infertilite konusunda bilgi aldıklarını ve bunlardan %60'ı doktordan bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir (izelge 3.1.2).

İnfertil kadınların %82,7'sinde cinsel işlev bozukluğu görölmektedir (izelge 3.2.1). İnfertil kadınların toplam ACYÖ alt grup puan ortalaması $14,44\pm 4,48$ olarak belirlenmiştir (izelge 3.2.2).

İnfertil kadınların ACYÖ alt grup puan dağılımlarına bakıldığında kadınların %61,5'inde cinsel isteksizlik, %42,3'ünde cinsel uyarılma bozukluğu, %61,5'inde vajinada ıslanma/nemlenme bozukluğu, %51,9'unda cinsel açıdan orgazm olamama, %18,7'sinde cinsel açıdan tatmin olamama görülmektedir (Çizelge 3.2.3).

İnfertil erkeklerin %49,1'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1). İnfertil erkeklerin toplam ACYÖ alt grup puan ortalaması $10,92 \pm 3,44$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.3.2).

İnfertil erkeklerin ACYÖ alt grup puan dağılımlarına bakıldığında kadınların %38,1'inde cinsel isteksizlik, %10,9'unda cinsel tiksinti bozukluğu, %20,0'ında cinsel sertleşme bozukluğu, %38,2'sinde cinsel orgazm bozukluğu, %32,7'sinde cinsel açıdan doyumsuzluk görülmektedir (Çizelge 3.3.3).

İnfertil kadınların ACYÖ puanları erkeklerin ACYÖ puanlarına göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.4.1).

İnfertil kadınların ACYÖ puanı ile erkeklerin ACYÖ puanları arasındaki fark ($p < 0,05$) anlamlı bulunmaktadır (Çizelge 3.4.2).

İnfertil kadınların toplam yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması $90,38 \pm 1,54$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.5.1). İnfertil erkeklerin toplam yaşam kalitesi puan ortalaması $92,61 \pm 1,95$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.6.1).

İnfertil kadınların yaşam kalitesi infertil erkeklerin yaşam kalitesinden daha düşük olarak bulunmaktadır (Çizelge 3.7.1).

İnfertil kadınların yaşam kalitesi puanı ile erkeklerin yaşam kalitesi puanı arasındaki fark ($p > 0,05$) anlamlı bulunmamıştır (Çizelge 3.7.2).

İnfertil kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi genel sağlık alanı, bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevre ve ulusal çevre alan puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmaktadır. Kadınların ACYÖ

puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p>0,05$) bir ilişki bulunmamıştır (Çizelge 3.8.1).

İnfertil erkeklerin ACYÖ puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, erkeklerin cinsel işlev ölçek puanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alan, genel sağlık alan, psikolojik alan, çevre ve ulusal çevre alan, sosyal alan değerleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Araştırma kapsamında erkeklerin ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi arasında negatif orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Erkeklerin ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki bulunmaktadır (Çizelge 3.9.1).

5.2. Öneriler

Çalışmada yer alan infertil kadınların cinsel işlev durumu infertil erkeklerin cinsel işlev durumuna göre daha düşük olarak belirlenmiştir. İnfertil kadınların yaşam kalitesi infertil erkeklerin yaşam kalitesinden daha düşük olarak bulunmaktadır.

- İnfertilitenin erkeklere oranla kadınların cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesine etkisinin daha fazla olması nedeniyle kliniklerde kadınların yaşam kalitesi ve cinselliğini koruyarak destekleyici çalışmalar yapılmalıdır.
- Çiftlerin çoğu için, infertilite büyük bir yaşam krizidir. İnfertilitenin, çiftlerin cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesini etkileyen bir sorun olduğu görülmektedir. İnfertilite sürecinde hemşireler, bütüncül bir yaklaşımla çiftlerin durumlarını değerlendirmeli, sorun ve gereksinimlerini belirlemeli, çiftlerin cinsel işlevlerini ve yaşam kalitesini yükseltmede profesyonel bir rol almalıdır. Ayrıca infertilite tedavi süreci uzadıkça sorunların şiddetinin arttığı bilinmektedir. Bu yönüyle IVF tedavisindeki çiftlerin tedavinin başarısızlığına rağmen yaşamın olumlu yönlerine odaklanmasını sağlamak da hemşirelerin rollerindedir.
- Çalışma grubundaki infertil çiftlerin büyük çoğunluğu infertilite konusunda doktor, kitap, dergi, gazete, internet, televizyon gibi kaynaklardan bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda infertil kadın ve erkeklerin, infertilite konusunda hemşire ve ebelerden yeterince yararlanmadığı görülmektedir. Hemşireler, sağlık bakım kararları için hastayı savunan, hastaya eğitimle güç veren mükemmel bir

pozisyonadrlar ve gerektiğinde çifti psikiyatriste ya da ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirebilirler. İnfertil çiftlerin tanı ve tedavi sürecinde hemşirelerin çiftlerin bu önemli yaşam deneyimlerinde, çiftlerin kendi özel gereksinimlerinin farkına vararak uygun kararlar almalarına yardım etmede ve yaşamda infertiliteden daha fazla şeyler olduğunu fark etmelerini sağlamada, eğitim ve danışmanlıkta son derece uygun pozisyonunda oldukları görülmektedir.

- Hemşireler, infertil çiftlere üreme sistemi, anatomi ve fizyolojisi konusunda sağlık eğitimi vererek yanlış ve eksik bilgilerini gidermelidir. Hemşireler gerekli durumlarda tedavi seçeneklerini açıklamalı, çocuksuz kalma seçeneklerini ayrıntılı bir şekilde tartışmalı, infertilite ve cinsel fonksiyon bozukluğu arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmelidir.
- İnfertilite sırasında keşfedilen cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesinin dşklğu değerlendirmede doğurganlık kaygılarından bağımsız ele alınmalıdır. Hem infertilite hem de cinsel fonksiyon bozukluğu ve yaşam kalitesi yönünden hastaların en uygun şekilde yönetiminde daha fazla araştırma gerekmektedir.
- İnfertilitenin etkilerini belirlemeye yönelik farklı ve yeni araştırmalar da planlanmalıdır.
- Hemşirelerin infertilitede cinsel yaşam ve yaşam kalitesi konusunda hizmetiçi eğitimleri ile desteklenmeleri önerilebilir.

ÖZET

Algül Ö, İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi.

Bu araştırma infertilite sorunu yaşayan çiftlerde infertilitenin, cinsel işlev durumu ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini olasılıksız örnekleme yöntemi ile Adnan Menderes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Üroloji Polikliniği'ne 07.06.2011 – 31.01.2012 tarihleri arasında başvuran 52 kadın ve 55 erkekte oluşturmuştur. Veriler literatür taranarak geliştirilen soru formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson korelasyon testi, T testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan infertil kadınların yaş ortalaması $28,21 \pm 6,45$, infertil erkeklerin yaş ortalaması $32,36 \pm 5,96$ olarak bulunmuştur. İnfertil kadınların çocuk sahibi olamama süreleri ortalama $4,69 \pm 5,41$, herhangi bir tıbbi tedavi alma süreleri $2,21 \pm 1,70$ olarak belirlenmiştir. İnfertil erkeklerin çocuk sahibi olamama süreleri ortalama $4,81 \pm 5,34$ yıl, infertiliteye bağlı herhangi bir tıbbi tedavi alma süreleri ortalama $2,38 \pm 1,82$ yıl olarak belirlenmiştir. İnfertil kadınların %38,5'i infertilite nedeninin bilinmediğini, %28,8'i infertilitenin kendilerinden kaynaklandığını belirtmiştir. İnfertil erkeklerin %34,5'i infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %30,9'u infertilite nedeninin bilinmediğini belirtmiştir.

İnfertil kadın ve erkeklerin cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında infertil kadınların %82,7'sinde, infertil erkeklerin ise %49,1'inde cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. İnfertil kadınların cinsel işlev durumu infertil erkeklere göre daha düşük olarak belirlenmiştir. İnfertil kadınların ACYÖ puanı ile erkeklerin ACYÖ puanları arasındaki fark ($p < 0,05$) anlamlı bulunmaktadır. İnfertil kadınların yaşam kalitesi puanı ile erkeklerin yaşam kalitesi puanı arasındaki fark ($p > 0,05$) anlamlı bulunmamıştır. İnfertil kadınların yaşam kalitesi puanı infertil erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. İnfertil kadınların ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p > 0,05$) bir ilişki bulunmamıştır. İnfertil erkeklerin ACYÖ puanı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) bir ilişki bulunmaktadır. İnfertil erkeklerin

cinsel işlev bozukluğu arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Çiftlerin çoğu için, infertilite büyük bir yaşam krizidir. İnfertilitenin, çiftlerin cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesini etkileyen bir sorun olduğu görülmektedir. İnfertilite sürecinde hemşireler, bütüncül bir yaklaşımla çiftlerin durumlarını değerlendirmeli, sorun ve gereksinimlerini belirlemeli, çiftlerin cinsel işlevlerini ve yaşam kalitesini yükseltmede profesyonel bir rol almalıdır. Hem infertilite hem de cinsel fonksiyon bozukluğu ve yaşam kalitesi yönünden hastaların en uygun şekilde yönetiminde daha fazla araştırma gerekmektedir

Anahtar kelimeler; infertilite, cinsel işlev durumu, yaşam kalitesi

SUMMARY

Algül Ö, Investigation of Sexual Activity Dysfunction and Quality of Life of the Couples having Infertility Problem

This study of has been performed in order to investigate effects of the infertility in couples suffering infertility problem on their sexual activities and life quality. The samples have been gathered with random sampling method among the 52 women and 55 men who had applied to Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Urology Polyclinic in between the dates of 07.06.2011–31.01.2012. Data is based on the answers obtained by the questionnaire which is prepared considering the related literature survey, Arizona Sexual Experiences Scale and WHOQOL-BREF quality of life scale. Statistical characteristics of data have been done by under consideration of Pearson correlation test, T-test.

It has been determined that the average age of infertile women who participated in the study is $28,21 \pm 6,45$ and of infertile men is $32,36 \pm 5,96$. The average time duration of infertile women not conceiving is $4,69 \pm 5,41$ years, and the duration of receiving any kind of medical treatment due to of infertility is found to be $2,21 \pm 1,70$ years respectively. The same duration for men is found to be $4,81 \pm 5,34$ years, and the duration of receiving any medical treatment is $2,38 \pm 1,82$ years. The cause of infertility is not know for the 38,5 % of all the cases for women, and %28,8 of them indicated that they blame themselves as the root cause of infertility. The same number goes down to %34,5 for all men and also %30,9 of them indicated that they blame themselves as the root cause of infertility.

When the sexual activities and the quality of life in infertile women and men are take in the consideration, it can be seen that 82.7% of infertile women and 49.1% of infertile men are suffering from sexual activity dysfunctions. Sexual activities of the women having infertility problem are less than the men suffering for the same problem. The difference between the ratings ($p < 0.05$) of sexual activities of infertile women and men has been found statistically correlated, while the difference between ratings ($p > 0.05$) of quality of life in infertile women and men not. Quality of life rating in infertile women is lower than that of men. There is no statistically correlation between the quality of life ratings and sexual activities in infertile men, life quality decreases with the increasing

sexual activity dysfunctions. Infertility is a major life crisis for most couples. It has been seen that it is a problem that affects couples sexual activities and quality of lives. Nurses are in the process of infertility, holistic approach to assess the status of the couples, the problem and identify the needs of couples in increasing sexual function and quality of life should be a professional role. Both in terms of quality of life in the sexual activity dysfunction and infertility, as well as the optimal management of patients requires further research.

Key words: infertility, sexual activity dysfunction, quality of life

KAYNAKLAR

Akyuz A, Gürhan N, Bakır B. Türk Kadınları için infertilite etkilenme ölçeği geliştirilmesi ve geçerliliğin belirlenmesi. Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(6):469- 476.

Arslan H, Ergin A, Coşkun Potur D, Çıtak N. İnfertil çiftlerin cinsel disfonksiyon yaşama durumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetrics 2008;18(6):364- 71.

Akyüz A. IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik. Doktora Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.2001.

Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları, Temel Üroloji, Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. p. 1053-59.

Anderheim L, Holter H, Bergh C. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization?. Human Reproduction 2005; 20(10):2969- 75.

Attar E. İnfertilite ve tedavisinde yenilikler. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve infertilite kongresi İnfertilite hemşireliği kurs notları. 2008.

Anthony VH, The investigation and therapeutic options for infertile men presenting in assisted reproduction: the Bourn Hall quide the clinical and laboratory practice. Brinsden PR (Eds), Parthenon Publishing New York: 1999. p. 27-52.

Ak G. İnfertil çiftlerin depresyon durumları ve başa çıkma yollarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye.2001.

Aksu T, Demirtaş E. Yardımcı üreme teknikleri içinde: kadın hastalıkları ve doğum tanı ve tedavi. Günalp GS, Tuncer ZS (Eds) Pelikan Yayınları; 2004. p. 567-583.

Audu BM, Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. Journal of Obstetrics Gynaecology 2002; 22(6): 655 — 657.

Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. Journal Psychosomatic Respond 2003; 54: 353–355.

Bakacak ZB. Antimüllarian hormonun IVF sikluslarında over rezervini belirlemedeki rolü. Uzmanlık Tezi. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. İstanbul. 2005.

Bensdorp A, Cohlen BJ, Heineman MJ, Vanderkerchove P. Intra-uterine insemination for male subfertility. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 4.

Boivin J, Scanlan LC, Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counselling?. Human Reproduction 1999; 14 (5): 1384– 1391.

Bomar P. Family Sexuality. Promoting Health in Families. Saunders an Imprint of Elsevier 2004; 10(2): 22-28.

Boivin J, Sanders K, Schmidt L. Age and position moderate the effect of stres on fertility. Evolution and Human Behavior 2007; 27:345-356.

Burns, LH, Covington SN. Psychology of infertility. Infertility Counseling a Comprehensive Handbook for Clinicians. Cambridge University Press. Cambridge 2006. p. 1–20.

Can G. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bornova, İzmir.2005.

Cabler S, Agarwal A, Flint M, Stefan S. Plessis D. Obesity: modern man's fertility nemesis. Asian Journal of Andrology 2010; 1– 10.

Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel yaşam ve sorunları. Türkiye üreme sağlığı programı bilgilendirme dosyası 2007, Erişim: http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/5/2692011151611-bilgilendirme_dosyasi 1 p. 1-74.pdf. Erişim Tarihi: 18 Ocak 2010.

Chandley AC. Chromosome anomalies and Y chromosome microdeletions as causal factors in male infertility. Human Reproduction 1998; 13 (1) .

Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Cordova FP, Fleck MP, Knauth DR, Passos EP. Psychological distress as predictor of quality of life in men experiencing infertility: a cross-sectional survey. *Reproductive Health* 2010; 7:3.

Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth DR, Passos EP. Agreement on Perceptions of Quality of Life in Couples Dealing With Infertility. *Journal of Obstetrics Gynaecology* 2010; 39: 557-565; 2010.

Clayton AH, Hamilton DV. Female Sexual Dysfunction. *Obstetrics Gynecology Clinical USA* 2009; 36; 861– 876.

Cohlen BJ, Velde ER, Kooij RJ, Looman CWN, Habbema JD. Controlled ovarian hyperstimulation and intrauterine insemination for treating male subfertility: a controlled study. *Human Reproduction* 1998; 13 (6): 1553– 1558.

Conrad R, Schilling G, Longenbuch M, Haidl G, Liedtke R. Alexithymia in male infertility. *Human Reproduction* 2001; 16 (3): 587- 592.

Çoşkun A, Yılmaz S, Yılmaz T. İnfertil çiftlerde eğitim ve danışmanlık süreci. Kızılkaya Beji N (Eds). *Acar Basım ve Cilt Sanayi. İstanbul: İnfertilite Hemşireliği Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını; 2009. p. 177-163.*

Çiçek N, Akyürek C. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi; 2006.*

Çorapçıoğlu A. İnfertilitenin ruhsal izdüşümleri. *Türkiye Klinikleri Journal International Medical Science* 2006; 2(47):34- 40.

Daar AS, Meralı Z. Infertility and social suffering. The case of ART in developing countries in medical, ethical and social aspects of assisted reproduction. *World Health Organization* 2002; 1-12.

Dervişoğlu AA. *Kontraseptif Yöntemler, Uluslararası Basım. Ankara: 1990. p. 139-165.*

Devran A, Doğan M, Mollamahmutoğlu L. IVF tedavisi alan kadın hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar. Last updated on Sunday 2007; 01: 51.

Dohle GR. Male infertility in cancer patients: review of the literature. *International Journal of Urology* 2010; 17:327– 331.

Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2008; 13(3):271– 281.

Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2009; 30(1): 11– 20.

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(1):17-25.

European Association of Urology (EAU). Avrupa Üroloji Derneği Cep Kılavuzu 2010, Erişim: http://www.uroturk.org.tr/files/Cep_Kilavuzu.pdf. Erişim Tarihi: 10 Nisan 2011.

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Guidelines for counselling in infertility. Special Interest Group & Psychology and Counselling, 2001, Erişim:<http://www.eshre.eu/binarydata.aspx?type=doc&sessionId=0kkyzhi03kkijyikc4sfanyx/psyguidelines.pdf>. 21 Mayıs 2012.

Esmailzadeh S, Delavar MA, Aghajani MH. Assess quality of life among Iranian married women residing in rural places. *Global Journal of Health Science* 2013; 5(4).

Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GH, Braat DD, Brewaeys AM, Dolfing JG, Kortman M, Leerentveld RA, Macklon NS: Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction* 2003; 18:1536-1543.

Fıdo A, Ajmal ZM. Coping with infertility among Kuwaiti Women: Cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 2004; 50(4): 294– 300.

Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF' in psikometrik özellikleri (Psychometric properties of the WHOQOL-100, WHOQOL-BREF). *3P Dergisi* 1999; 7(2): 23- 40.

Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment 1992; 305:1074– 1077.

Ford WCL, North K, Taylor H, Farrow A, Hull MGR. Increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. *Human Reproduction* 2000; 15 (8): 1703-1708.

Gibbons W, Grainger D, Cedars M, Jain T, Klein N, Stern J. Continuous quality improvement and assisted reproductive technology multiple gestations: some progress, some answers, more questions. *Sart Research Committee Writing Group Fertil Steril* 2007; 88: 301- 4.

Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22.

Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science medicine* 1997; 45 (11): 1679- 1704.

Greenhall E, Vessey M. The prevalence of subfertility: A review of the current confusion and a report of two new studies. *Fertil Steril* 1990; 54: 978.

Grodstein F, Marlene B, Daniel W, Cramer MD. Infertility in women and moderate alcohol use. *American Journal of Public Health* 1994; 84 (9).

Green JA, Robins JC, Scheiber M. Racial and economic demographics of couples seeking infertility treatment. *Journal of Obstetrics Gynaecology* 2001; 184:1080-1082.

Gürhan N, Akyüz A, Oflaz F, Atıcı D, Vural G. Effectiveness of nursing counseling on coping and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2007; 24(4): 267-271.

Guidice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004;364:1789-99.

Günalp S, Aktan E, Yücel A (Eds). WHO laboratuvar el kitabı: insan semeni ve sperm servikal mukus etkileşimi değerlendirilmesi. 4. Baskı. Ankara: Tıp Teknik Yayınevi; 2002. p. 6-7-60-61-62.

Gürgan T, Demirool A. İnfertiliteye Genel Bakış, *Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı*, 2001; 6(1): 52-55.

Hammarberg K, Astbury J, Baker H. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction* 2001; 16 (2):374- 83.

Hendriks DJ, Kwee J, Mol BW, Velde ER, Broekmans FJ. Ultrasonography as a tool for the prediction of outcome in IVF patients: a comparative metaanalysis of ovarian volume and antral follicle count. *Fertil Steril* 2007; 87: 764-75

Heredia M, Teni'as JM, Rocio R, Amparo F, Calleja MA, Valenzuela JC. Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, Reproductive Biology* 2013; 167:176–180.

Hissasue SI, Kumamoto Y, Sato Y. Prevalance of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology* 2005; 65: 143-148.

Horasanli K, Boylu U, Kendirci M, Miroglu C. Do lifestyle changes work for improving erectile dysfunction?. *Asian Journal Andrology* 2008; 10 (1): 28–35.

Huppelschoten AG, Dongen AJ, Verhaak CM, Smeenk MJ, Kremer JAM, Nelen WL. Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproductive Advance Access published* 2013; 0: 1-9.

İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2004; 3:3-13.

İnceer B. Çocuksuzluğun psikolojik yönü, Ege Üniversitesi Rektörlüğü Aile Planlaması-Kısırlık(İnfertilite) Araştırma Uygulama merkezi Hastaları için El kitabı; 1998.p.124-32.

Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. Infertility and psychosexual disorders: Relationship in infertile couples. *Indian Journal of Medikal Sciences* 2000; 54 (1): 1- 7.

Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman Ö, Çayan S, Usta F, Kendirci M. Erkek ve kadın cinsel sağlığı, kadın cinsel disfonksiyonunda tedavi, *Türk Androloji Derneği yayını*, 2004. p. 22-28.

Kamacı S. Primer İnfertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, Türkiye. 2003.

Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel İşlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(4):311- 322, Ankara.

Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 2002; 41 (4): 229 – 232.

Kayıkçı MA, Çam HK, Akman Y, Erol A. Erkek İnfertilitesini Değerlendirmede Semen Analizinin Özellikleri ve Rolü. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 4 (3): 35-38.

Kennedy HP, Griffin M, Frishman G. Enabling conception and pregnancy midwifery care of women experiencing infertility. Journal of Nurse-Midwifery 1998;43(3):190-207.

Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Öneroğlu LS. Erkeğe bağlı infertilite, Androloji, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı; Ed. Ankara: Güneş Kitabevleri; 1996. p. 1119-1129,1287.

Kızılkaya Beji N. (2011). İnfertilite tanısı ve tedavi sürecinde eğitim ve danışmanlık. 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Bursa; 2011.

Kılınç RA. Çukurova Üniversitesine başvuran infertil çiftlerde İn Vitro Fertilizasyon endikasyonları. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Adana, Türkiye. 2007.

Kuş C. İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı, İstanbul, Türkiye. 2008.

Kraft AD, Palombo J, Mitchell D. The psychological dimensions of infertility. Journal Orthopsychiatry 1980; 50: 618-628.

Khayata GM, Rızık DEE, Hasan MY, Ghazal Aswad S, Asaad MAN. Factors influencing the quality of life infertile women in United Arab Emirates. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2003; 80: 183-188.

Kretser DM, Baker HWG. Human Infertility: The male factor. In *Reproductive Endocrinology, Surgery and Technology*. Adashi EY, Rock JA, Rosenwaks Z. (Eds). 1996; 2031-61.

Knochenhauer ES, Key TJ, Kahsar Miller M. Prevalance of the polycystic ovary syndrome in unselected black and white women of the southeastern United States: a prospective study. *Journal Clinic Endocrinol Metabolism* 1998; 83: 3078.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors, *Human Reproduction* 1999; 281(6):537-44.

Lau JT, Wang Q, Cheng Y, Kim JH, Yang X, Tsui HY. Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples. *Journal Sexual Marital Therapy* 2008; 34:248-267.

Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of aninfertility diagnosos on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction* 2001; 16 (8): 1762- 1767.

Lenzi A, Lombardo F, Salacone P. Stress, sexual dysfunctions, and male infertility. *Journal Endocrinol Invest* 2003;26(3):72–6.

Lim SS, Noakes M, Norman RJ. Dietary effects on fertility treatment and pregnancy outcomes. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2007; 14: 465-9.

Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. *Fertil Steril* 1985; 43(3):335-46.

Masters WB, Johnson VE. *Human Sexual Behavior (İnsan Cinsel davranış)*. Sayın. Ü. (Eds). İstanbul: Bilimsel ve teknik Yayınları; 1994.

McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) : Reliability and validity. *Journal of Sex, Marital Therapy* 2000; 26: 25- 40.

McMahon CG, Abdo C, Hull E, Indrocci L, Levin R, Perelman M, Rowland D, Sıpskı M, Stuckey B, Waldinger M, Cheng Z. Erkek ve kadında seksüel fonksiyon bozuklukları,

erkeklerde orgazm ve ejakülasyon bozuklukları, 2. Uluslararası Seksüel Disfonksiyon Toplantısı. 2006. Paris.

Milad MP, Klock SC, Moses S. Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. *Human Reproduction* 1998; 13(8): 2296– 300.

Millheiser L, Lathi RB. Female sexual dysfunction and infertility: Cause, effect, or both?. *Srm sexual dysfunction* 2008; 6 (3).

Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and Sterility* 2010; 0015- 0282.

Miller JH, Weinberg RK, Canino NL, Klein NA, Solues MR. The pattern of infertility diagnoses in women of advanced reproductive age. *Journal Obstetrics Gynecology* 1999; 181:952.

Miner MM, Kuritzky L. Erectile dysfunction: A sentinel marker for cardiovascular disease in primary care. *Cleveland clinic journal of medicine* 2007; 74.

Morice P, Josset P, Dubuisson JB. History of sterility in ancient times. *Contracept Fertil Sexuality* 1995; 23(6): 423-427.

Monga M, Alexandrescu B, Katz SE. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology* 2004; 63:126–30.

Nappi R, Salonia A, Traish AM . Clinical, biologic, pathophysiologies of womens sexual dysfunction. *Journal of Sex Medicine* 2005; (2):2-25.

Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal Sexual Medicine* 2008; 5(8): 1907-1914.

Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, İstanbul, Türkiye.2004.

- Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuysen H. Psychological experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Human Reproduction* 1999; 14:255–261.
- Onat G, Kizilkaya Beji N. Marital Relationship and Quality of Life Among Couples with Infertility Sexual Disabil. *Springer Science, Business Media* 2012; 30:39–52
- Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8: 140- 148.
- Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical, Experimental Obstetrics, Gynaecology* 2006; 33(1): 44-46.
- Parry DC, Shinenw KJ. The constraining impact of infertility on women's leisure lifestyles *Leisure Sciences*. Taylor Francis Inc 2004; 26: 295– 308.
- Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Family Physician* 2000; 62: 127- 36,141-142.
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partner's perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process* 2003; 42(1):59-70.
- Patrizio P, Broomfield D, The genetic basis of male infertility. In: Glover TD, Barratt CLR. (Eds), *Male Fertility and Infertility*. Cambridge: University Press; 1999. p. 162-79.
- Pinar G, Zeyneloğlu HB. Quality of Life, Anxiety and Depression in Turkish Women Prior to Receiving Assisted Reproductive Techniques. *Fertil Steril* 2012; 6(1): 1-12.
- Ragni G, Mosconi P, Baldini MP. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Human Reproduction* 2005; 20: 1286–91.
- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril* 2006; 85(1):139-43.
- Ramanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM. Emotional adjustment in infertile couples. *Journal Reproduction* 2009; 7(3): 97-103.

Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *Health Services Research* 2008; 8: 186.

Ramos MM, Gameiro1 S, Soares I, Santos TA, Canavarro1 MC. Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive Technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saude, doenças*, 2010; 11 (2): 299-319.

Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *ABC of sexual health, Clinical review* 1999; 318.

Shinde AW, Nelson CJ, Naughton CK. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction, *The Journal of Urology* 2008; 179 (3):1056-1059.

Saleh RA, Ranga GM, Raina R. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril* 2003; 79(4):909-12.

Schmid J, Kirchengast S, Vytiska E, Huber J. Infertility caused by PCOS—health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Human Reproduction* 2004; 19(10): 2251–2257.

Soykan A. The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD Patients Undergoing Hemodialysis. *Inter Journal Impotence Research* 2004; 16:531-534.

Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction* 2011; 6(7):1420- 1423.

Saydam BK. Türk toplumunda kısır kadının statüsü (Status of infertile women in Turkish society), *Journal of Health and Society* 2003; 13(1) 30-34.

Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in- vitro fertilization treatment. *Human Reproduction* 1997; 12(1):183-190.

Seibel MM, Taymor ML. Emotional aspects of infertility, *Fertile Steril* 1992; 37: 137-145.

Stegg JW, Steures P, Marinus JC, Eijkemans, J, Habbema F, Hompes P, Broekmans FJ,

Bouckaert P, Bossuyt PM, Veen F, Ben W. On behalf of the collaborative effort for clinical evaluation in reproductive medicine (CECERM) Study Group. Predictive value and clinical impact of basal follicle- stimulating hormone in subfertile, ovulatory women. *Journal Clinical Endocrinol Metabolsm* 2007; 92(6):2163– 2168.

Speroff L, Glass NH, Kase RG. *Clinical Gynaecologic Endocrinology and Infertility*. 2007; 84-1133.

Siristatidis C, Bhattacharya S. Unexplained infertility: does it really exist? Does it matter?. *Human Reproduction* 2007; 22 (8):2084– 2087.

Shabsigh R, Klein LT, Seidman S, Kaplan SA, Lehrhoff BJ, Ritter JS. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology* 1998; 52: 848-852.

Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *Department of Surgery, Division of Urology* 2003; 1-14.

Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H. Cinsel yaşam ve sorunları. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası* 1, 2006.

Şahin D, Ertekin E. Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu, 2004, Erişim: www.klinikgelisim.org.tr/kg_22_4/12 . p. 75-27 pdf. Erişim Tarihi: 24 Ocak 2009.

Şirin A, Kavlak O. *Kadın Sağlığı, Kadın ve Cinsellik*. Bedray yayıncılık; 2008.p.1-110.

Taşçı KD, Özkan S. Sağlık yüksekokulunu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(3): 187-92.

Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2008; 5(2): 105- 10.

Tashbulatov D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. *Uzmanlık Tezi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilimdalı, Adana, Türkiye. 2007.

Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Aile Planlaması*. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık; 2007. p. 21: 499-519.

Tayebi N, Ardakani SMY. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *European Journal of General Medicine* 2009; 6(2):74-77.

Taylor CR, Lillis C, Lemone P, Lebon M, Lynn P. *Study Guide for Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams, Wilkins 2001.

Taylor E, Gomel V. The uterus and fertility. *Fertil Steril* 2008; 89: 1-16.

Terzioğlu F. Investigation of Effectiveness of Counselling on Assisted Reproductive Techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics, Gynecology* 2001; 22(3): 133-141.

Tunç L, Biri H, Tokgöz H, İrkilata L, Polat F, Bozkırlı İ. İnfertil erkek hastalarda seksüel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi. *Türk Fertilite Dergisi* 2004; 12 (1).

The WHOQOL Group The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science Medicine* 1998; 46 (12): 1569- 85.

Upkong D, Orji EO. Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4):259- 265.

Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(5): 481-486.

World Health Organization. Temporal relationships between ovulation and defined changes in the concentration of plasma estradiol 17b luteinizing hormone, follicle stimulating hormon and progesteron. *Obstetrics Gynecology* 1980; 138:383-390.

World Health Organization (WHO) Programme on mental Health: WHOQOL measuring quality of life 1997: 97- 4.

World Health Organization (WHO) Manual for the standarized investigation and diagnosis of the infertile couple. Cambridge University Pres 1993:7.

Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment, *Human Reproduction* 2008; 23(9): 2056–2063.

Van Steirtegham A, Liche J, Nagy Z. Use of assisted fertilization. *Human Reproduction* 1993; 8: 1784-1788.

Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22.

Yesiltepe Oskay U, Kizilkaya Beji N, Serdaroglu H. The issue of infertility and sexual function in Turkish Women. *Springer Science Business Media* 2010; 28: 71– 79.

Yıldırım M. Klinik İnfertilite. *Ankara* 2000; 31-39, 299-306.

Van Zyl JA. Sex and infertility. *South African Medical Journal* 1987; 72(7): 482-487.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgileri

Adı: Özlem
Soyadı: Yürük Algül
Doğum Tarihi: 30.07.1986
Doğum Yeri: Muğla
e-mail: ozlemyuruk_1@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

İlköğretim: Gebze 24 Kasım İlkokulu 1992-1994
Muğla Dumlupınar İlköğretim Okulu 1994-2000
Lise: Muğla Turgut Reis Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı) 2000-2004
Lisans: Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksek Okulu 2005-2009
Yüksek Lisans: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2009- ...

İş Deneyimi

Muğla Özel Güney Göz Hastanesi Ameliyathane Hemşireliği 2009
Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Servis Hemşiresi 2009-...

Yabancı dil sınav notu: İngilizce (ÜDS 58,75)

Ales Puanı: 74.495

TEŞEKKÜRLER

Araştırmamın her aşamasında gösterdiği anlayış ve bilimsel katkıları ile eğitimim ve tez hazırlığım boyunca bana destek olan değerli hocam, danışmanım Sayın Doç. Dr. Hilmiye Aksu'ya,

Verilerin değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Filiz Ergin'e ve Ege Üniversitesi bioistatistik yüksek lisans öğrencisi Suriye Öztürk'e

Araştırmamın verilerini toplama sürecinde bana yardımcı olan Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği ve Üroloji Anabilim Dalı Polikliniği çalışanlarına,

Çalışma hayatı, ev hayatı ve eğitimimi bir arada götürmemde beni daima motive eden ve destek olan, uzmanlık eğitimim sürecinde her zaman tecrübelerinden faydalandığım canım eşim Burak Erdem Algül'e,

Bugünlere gelmemde her an desteklerini hissettiğim canım anneme, babama ve kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Özlem Algül

EKLER

EK 1. Kadın Soru Formu

İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesine Yönelik Kadın Anket formu

Sayın Katılımcı;

Çocuk sahibi olamayan çiftlerin cinsel işlev bozuklukları ve yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere bir araştırma yapmaktayız. Çalışma sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları atlamadan cevaplayınız. Sorularımıza verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Katkılarımızdan dolayı teşekkür ederiz.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Anket No:.....Anket Uygulama Tarihi.....

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Bu güne dek en uzun yaşadığınız bölge:

- Akdeniz Bölgesi Güneydoğu Anadolu Bölgesi
 Karadeniz Bölgesi Doğu Anadolu Bölgesi
 Marmara Bölgesi İç Anadolu Bölgesi
 Ege Bölgesi

3. En uzun süre yaşadığınız yer?

1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. Şehir

4. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

5. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Hayır 2. Evet (Cevabınız evet ise belirtiniz.....)

6. Ne iş yapıyorsunuz?

- 1) Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4)Serbest Çalışıyor 5) Diğer.....

7. Kaç yıl eğitim gördünüz?.....

8. Kaç yaşında evlendiniz?.....

9. Ne kadar süredir evlisiniz:

10. Evlilik biçiminiz nasıldır?

- 1) görücü usulü / istemeden
2) görücü usulü/isteyerek

3) tanışarak/ flört ederek

11. Kaçınıcı evliliğiniz:

1) ilk 2) ikinci 3) üç ve üstü

12. Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

13. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

1) Hayır 2) Evet (Cevabınız evet ise belirtiniz.....)

14. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

1) Hayır 2) Evet (evet ise belirtiniz.....)

15. Sigara kullanıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet (Cevabınız evet ise sıklığını belirtiniz.....)

16. Alkol kullanıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet (evet ise günde...../haftada...../ayda..... 3)diğer.....

B.İNFERTİLİTE

17. Ne kadar süredir çocuğunuz olmuyor?

18. İnfertilite (çocuk sahibi olamama) konusunda bilgi aldınız mı?

1) Hayır 2)Evet (Cevabınız evet ise nereden aldınız?)

Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz

1)Kitap, dergi, gazete, internet, televizyon

2) Ebe, hemşire

3) Doktor

4)Arkadaş, akraba, çevre

5) Diğer.....

19. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak için tedavi görüyorsunuz?

.....yıldır tedavi görüyorum

20. Çocuk sahibi olamamanızın nedeni kimden kaynaklanmaktadır?

1) Benden kaynaklanıyor

2) Eşimden kaynaklanıyor

3) Hem benden hem eşimden kaynaklanıyor

4) Nedeni bilinmiyor

5) Diğer.....

21. Çocuğunuzun olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1) çok üzülüyorum

- 2) boşanmaktan korkuyorum
3) eşimden ve ailesinden utanıyorum
4) çok mutsuzum
5) hiçbir şey değişmedi
6) Diğer.....

22. Çocuk sahibi olmadığınız için eşinizin tutumunda değişiklik var mı?

- 1) Hayır 2) Evet ise belirtiniz.....

23. Çocuk sahibi olmadığınız için eşinizin ailesinden tepki var mı?

- 1)Hayır 2) Evet ise belirtiniz.....

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)- KADIN FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuza en çok uyan maddenin üstündeki KUTUCUĞU işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

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

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

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

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazminiz tatmin edici midir ?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Doyuma ulaşamam

EK 2. Erkek Soru Formu

İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesine Yönelik Erkek Anket formu

Anket No:..... Anket Uygulama Tarihi.....

Sayın Katılımcı:

Çocuk sahibi olamayan çiftlerin cinsel işlev bozuklukları ve yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere bir araştırma yapmaktayız. Çalışma sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları atlamadan cevaplayınız. Sorularımıza verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Bu güne dek en uzun yaşadığınız bölge:

- Akdeniz Bölgesi Güneydoğu Anadolu Bölgesi
 Karadeniz Bölgesi Doğu Anadolu Bölgesi
 Marmara Bölgesi İç Anadolu Bölgesi
 Ege Bölgesi

3. En uzun süre yaşadığınız yer?

1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. Şehir

4. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

5. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Hayır 2. Evet (Cevabınız evet ise belirtiniz.....)

6. Ne iş yapıyorsunuz?

- 1) Çalışmıyorum 2)İşçi 3) Memur 4) Esnaf 5) Diğer.....

7. Kaç yıl eğitim gördünüz?.....

8. Kaç yaşında evlendiniz?.....

9. Ne kadar süredir evlisiniz?.....

10. Kaçınıcı evliliğiniz:

- 1) ilk 2) ikinci 3) üç ve üstü

11. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

- 1) Hayır 2) Evet (Cevabınız evet ise.....)

12. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

- 1) Hayır 2) Evet (Cevabınız evet ise belirtiniz.....)

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)- ERKEK FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuza en çok uyan maddenin üstündeki KUTUCUĞU işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

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

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay boşalırsınız ?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Boşalmanız tatmin edici midir ?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Doyuma ulaşamam

EK 3. Kadın ve Erkeklerin WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği

RUH SAĞLIĞI PROGRAMI DUNYA SAĞLIK ORGUTU CENEVRE

Yonerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız., lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığımız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısın

SORULAR

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularımızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
		1	2	3	4	5
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az Hoşnut	Ne hoşnut. nede değil	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
		1	2	3	4	5
Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.						
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
		1	2	3	4	5
	Günlük uğraşlarınızı	Hiç	Çok az	Orta	Çokça	Aşırı

4	yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	derecede 3	4	derecede 5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.						
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
12	İhtiyacınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
13	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız oldu?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi yada doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.						
15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5

16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
17	Günlük uğraşlarımızı yürütebilme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
20	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
23	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarımızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
25	Ulaşım olanaklarımızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğinizi yada yaşadığınıza ilişkindir.						
26	Ne sıklıkla hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız	Hiçbir zaman 1	Nadiren 2	Ara sıra 3	Çoğunlukla 4	Her zaman 5

Aşağıdaki soru son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.						
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5

EK 4. Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 22)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Değerli hanımlar ve beyler,

“İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” başlıklı bir araştırma yapmaktayız. Çocuk sahibi olamamaya bağlı olarak çiftlerde cinsel işlev değişiklikleri yaşanmakta ve çiftlerin yaşam kaliteleri etkilenmektedir. Bu bilimsel çalışma infertilitenin çiftlerin cinsel işlevi üzerine etkisini ve yaşam kalitelerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için infertilite tanısı almış, en az bir yıldır infertilite tedavisi görmüş olmanız gerekir. Bu çalışmada tanıtıcı bilgiler, Arizona cinsel yaşantılar ölçeği başlıklı bir ölçek ve yaşam kalitesine yönelik WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği kullanılacaktır. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle ve araştırmacının önerilerine uymakla sorumlusunuz.

Araştırmamıza başladığımız tarihten itibaren, belirlenen tarihler arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği’ne ve Üroloji Anabilim Dalı Polikliniği’ ne başvuran katılım kriterlerine uyan gönüllü kişiler alınacaktır. Bu araştırmada sadece bir kez yer alacaksınız.

Araştırmadan size yönelik tıbbi bir yarar sağlanması söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu araştırma süresince size yönelik herhangi bir risk söz konusu değildir. Size bu araştırmada anket

soruları sorulacaktır. İlaç uygulaması ya da yan etkileri söz konusu olmayacaktır.

Çalışma programını aksattığınızda, çalışmaya uygun yanıtlar vermediğinizde, size verilen formları eksik bir şekilde doldurduğunuzda araştırma dışı bırakılacaksınız. Araştırmanın sizinle ilgili herhangi bir ekonomik boyutu bulunmamaktadır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve formları doldurmanız yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve kimlik belirtmeksizin bilimsel yayınlarda kullanılacaktır, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz. Ancak bilgilerinize verilerin analizinden sonra ulaşabilirsiniz. Siz bilgilendirilmiş olur formunu imzalamakla bunu kabul etmiş olursunuz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, size ve ailenize sağlıklı bir yaşam dileriz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTEĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği izin Belgesi



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : B.30.2.ADÜ.0.111.00.00/605.01- 245
KONU : Tez Çalışması

AYDIN
14.04.2011

Sayın
Özlem YÜRÜK

İLGİ: 13.04.2011 tarihli dilekçeniz.

"İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesi"nin incelenmesi konulu tez çalışmanızı Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Üroloji Anabilim Dalında yapmanız ilgili Anabilim Dalı Başkanlıklarınca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Yrd.Doç.Dr. Mustafa ÖGURLU
Başhekim Yardımcısı

EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 050.04-31
Konu :

30.05.2011...

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ASYO Hemşirelik Bölümü
Kadın Sağ. ve Hast. AD Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun
26.05.2011 tarihli toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 10 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

KARAR 10

Protokol No : 2011/003
Sorumlu Yürütücü: Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO

Aydın Sağlık Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan "infertilite
sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi" isimli
klinik araştırmasına 05.05.2011 tarihli kurul kararında istenilen bilgilerin gelmesi şartıyla onay
verilmişti. Gelen dilekçesi görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüş ve
bilgi edinilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak. Dekanlığı 09100 AYDIN
Tel: 256- 225 31 66 Faks : 256- 212 31 69
internet adresi: <http://www.site.adu.edu.tr/etkagel/> e-posta: etik@adu.edu.tr