



**İN FERTİL KADINLARDA CİNSEL DİSTRES VE  
CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

**Yağmur (AKAMCA) TURAN**

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Ash SİS ÇELİK**

**Yüksek Lisans Tezi- 2018**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# İNFERİL KADINLARDA CİNSEL DİSTRES VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Yağmur (AKAMCA) TURAN

Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK

ERZURUM  
2018

**T.C.**  
**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**İNFERTİL KADINLARDA CİNSEL DİSTRES VE CİNSEL**  
**YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

**Yağmur (AKAMCA) TURAN**

**Tez Savunma Tarihi** : 17/01/2018

**Tez Danışmanı** : Yrd.Doç.Dr. Aslı SİS ÇELİK (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Prof.Dr. Türkan PASİNLİOĞLU (SANKO Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Yrd.Doç.Dr. Aslı SİS ÇELİK (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Yrd.Doç.Dr. Ayşe AYDIN (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

  
**Prof. Dr. Duygu ARIKAN**  
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi**  
**ERZURUM-2018**

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	III
<b>ÖZET</b> .....	III
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	VI
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	VII
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Fertilite ve İnfertilitenin Tanımı .....	4
2.2. İnfertilitenin Nedenleri ve Kullanılan Tanı Yöntemleri .....	5
2.2.1. Kadına Ait İnfertilite Nedenleri ve Kullanılan Tanı Yöntemleri.....	5
2.2.2. Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri ve Kullanılan Tanı Yöntemleri .....	13
2.2.3. Açıklanamayan Faktörler ve Yönetimi.....	17
2.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi.....	18
2.4. İnfertilitenin Tedavisi .....	19
2.4.1. Tıbbi Tedavi.....	19
2.4.2. Cerrahi Tedavi .....	20
2.4.3. Üremeye Yardımcı Teknikler .....	20
2.5. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi .....	23
2.6. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....	24
2.6.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	25
2.6.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları .....	26
2.6.3. Orgazm Bozuklukları.....	26
2.6.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları .....	27
2.6.5. Madde ve İlaç Kullanımından Kaynaklı Cinsel İşlev Bozuklukları .....	28

2.7. İnfertilite ve Cinsel Distres .....	28
2.8. İnfertilite ve Cinsel Yaşam Kalitesi .....	29
2.9. Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesi .....	30
2.10. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı .....	30
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.4. Verilerin Toplanması .....	33
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	35
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	35
3.7. Araştırmanın Genellenebilirliği .....	35
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>58</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>60</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>74</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>74</b>
<b>EK-2.ANKET FORMU .....</b>	<b>75</b>
<b>EK-3. KADIN CİNSEL DİSTRES ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>77</b>
<b>EK-4. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN.....</b>	<b>80</b>
<b>EK-5. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>81</b>
<b>EK-6. ARAŞTIRMANIN YAPILMASI İÇİN GEREKLİ KURUM İZİN</b>	
<b>YAZILARI .....</b>	<b>82</b>

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmam süresince büyük emek ve sabır gösteren, bana her zaman destek olan, bilgisiyle beni daha ileriye götüren, ufkumu daha da geliştiren çok değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma sınavıma gelerek beni onurlandıran değerli hocam Sayın Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na, tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe AYDIN'a, verilerin toplanması aşamasında desteklerini gördüğüm Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi İnfertilite Polikliniği çalışanlarına çok teşekkür ederim. Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olan ve desteklerini her zaman hissettiğim CANIM AİLEME ve manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşim Dr. Ufuk TURAN' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Yağmur (AKAMCA) TURAN**

## ÖZET

### **İnfertil Kadınlarda Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı infertilite tanısı almış ve tedavi sürecinde olan kadınların cinsel distres yaşayıp yaşamadıklarını, cinsel yaşam kalitesinin düzeylerini ve cinsel distresin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

**Materyal ve Metot:** Kesitsel nitelikte olan bu çalışma, 01 Haziran 2016-17 Ocak 2018 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde bulunan Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi İnfertilite Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ilgili birime infertilite tedavisi için başvuran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 30 Haziran-30 Eylül 2016 tarihleri arasında ilgili polikliniğe başvuran, araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 198 infertil kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Anket Formu", "Kadın Cinsel Distres Ölçeği", "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın" kullanılmış ve veriler kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

**Bulgular:** Kadınların %64.1'inin 25-34 yaş arasında olduğu, %60.6'sının ilköğretim mezunu olduğu, %53'ünün sekonder infertil olduğu, %69.2'sinin infertilite süresinin 1-4 yıl arasında olduğu ve %49'unun infertilite sebebinin kendinden kaynaklandığı saptanmıştır. Kadınların Cinsel Distres Ölçeği puan ortalamasının  $10.37 \pm 9.01$  (%52.5'inin puan ortalaması 11.5 ve üzeridir), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının  $71.79 \pm 19.46$  olduğu tespit edilmiştir. Cinsel Distres Ölçeği puan ortalaması 11.5'den düşük olan yani cinsel distres yaşamayan kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının  $86.70 \pm 8.06$  olduğu, 11.5'den yüksek olan yani cinsel distres yaşayan kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının  $58.32 \pm 16.73$  olduğu belirlenmiş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Cinsel Distres Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r: -.827$ ,  $p < 0.001$ ). Kadınların sosyo-demografik ve infertilite ile ilgili özelliklerine göre ölçeklere ait puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışma kapsamına alınan infertil kadınların yarısında cinsel distres yaşanmasına rağmen genelinin cinsel distres düzeylerinin düşük olduğu, cinsel yaşam kalitelerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Cinsel distres yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve cinsel distres düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitelerinin de anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir. Kadınların sosyo-demografik ve infertilite ile ilgili bazı özelliklerinin cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** infertilite, cinsel distres, cinsel sıkıntı, cinsel yaşam kalitesi

## ABSTRACT

### Determination of Sexual Distress and Sexual Life Quality in Infertile Females

**Aim:** The aim of this study is to assess the sexual distress, sexual quality of life and the effect of sexual distress over sexual quality of life in female patients who were previously diagnosed with infertility and are in treatment.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was done in Erzurum Atatürk University Research Hospital Infertility Clinic between 01 June 2016 and 17 January 2017. The main sampling was done from the female patients who were presented to the clinic for infertility treatments. The study sample included 198 infertile female patients who consented for participation in the study, fulfilled inclusion criteria and came to polyclinic between 30 June - 30 September 2016. Study data was obtained using “Questionnaire Form”, “Female Sexual Distress Scale” and “Sexual Quality of Life – Female” forms with face-to-face interviews with female patients.

**Results:** 64.1% of the participating females were between 25-34. 60.6% of the patients have a basic education and 53% of the patients were secondary infertile. About 69.2% of patients have an infertility period between 1 – 4 years and infertility causes were from self in 49% of cases. Mean Female Sexual Distress Scale was calculated as  $10.37 \pm 9.01$  (with 52.5% of patients 11.5 and over) and mean Sexual Quality of Life – Female Scale was calculated as  $71.79 \pm 19.46$ . In patients with Female Sexual Distress Scores of 11.5 and below (i.e. patients without sexual distress), mean Sexual Quality of Life – Female Scale score was calculated as  $86.70 \pm 8.06$  whereas patients with Female Sexual Distress Scale scores above 11.5 (i.e. patients with sexual distress), mean Sexual Quality of Life – Female Scale score was calculated as  $58.32 \pm 16.73$ . The difference between those numbers were found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). In addition, a significantly strong negative correlation was found between mean score of Sexual Distress Scale and Sexual Quality of Life – Female Scales ( $r: -.827$ ,  $p < 0.001$ ). Moreover, another significant difference was found in mean scores of cases when socio-demographic properties and some of the infertility properties were compared ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Although about half of the infertile women who were included in the study were under sexual distress, it was found out that sexual distress levels were low, and their sexual quality of life levels were relatively high. In addition, there was a strong negative correlation between sexual distress levels and sexual quality of life levels in females who were under sexual distress with noticeable low sexual quality of life. Finally, socio-demographic levels and some of the properties associated with infertility were found to influence both sexual distress and sexual quality of life levels.

**Keywords:** Infertility, sexual distress, sexual issues, sexual quality of life.

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AMH</b>	: Anti müllerian hormon
<b>BBT</b>	: Bazal vücut ısısı
<b>CFB</b>	: Cinsel fonksiyon bozukluğu
<b>CYKÖ-K</b>	: Cinsel yaşam kalitesi ölçeği - kadın
<b>CFB</b>	: Cinsel fonksiyon bozukluğu
<b>DSÖ / WHO</b>	: Dünya sağlık örgütü
<b>E2</b>	: Östradiol
<b>ET</b>	: Embriyo transferi
<b>FSH</b>	: Folikülü stimule edici hormon
<b>GnRH</b>	: Gonadotropin salıverici hormon
<b>GIFT</b>	: Gamet intra fallopian transfer
<b>HSG</b>	: Histerosalpingografi
<b>IVF</b>	: InVitro fertilizasyon
<b>IUI</b>	: İntrauterin inseminasyon
<b>ICSI</b>	: İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu
<b>KCDÖ-R</b>	: Kadın cinsel distres ölçeği-revize
<b>LH</b>	: Lüteinize edici hormon
<b>OAT</b>	: Oligo-asteno-teratozoospermi
<b>PKOS</b>	: Polikistik over sendromu
<b>PCT</b>	: Postkoital test
<b>TET</b>	: Tubal embriyo transfer
<b>USG</b>	: Ultrasonografi
<b>ÜYT</b>	: Üremeye yardımcı teknikler
<b>ZIFT</b>	: Zigot intra fallopian transfer

## TABLULAR DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 4.1.</b> İnfertil kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin dağılımı .....	37
<b>Tablo 4.3.</b> Cinsel yaşam kalitesi ve cinsel distres ölçeklerinden alınabilecek ve alınan en yüksek ve en düşük puanlar ile kadınların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları .....	38
<b>Tablo 4.4.</b> Kadınların cinsel distres ölçeği puan aralıklarına göre dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.5.</b> Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre cinsel distres ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 4.6.</b> Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerine göre kadın cinsel distres ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 4.7.</b> Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 4.8.</b> Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerine göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 4.9.</b> Kadınların cinsel distres ölçeği puan aralıklarına göre cinsel yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 4.10.</b> Cinsel distres ölçeği puan ortalaması ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişkinin belirlenmesi.....	44

# 1. GİRİŞ

“Bir yıl süre ile herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanılmamasına ve düzenli (haftada en az iki) cinsel ilişkiye girilmesine rağmen gebelik oluşmaması” infertilite olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. İnfertilitenin görülme sıklığı, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmekle birlikte, gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10’unda, gelişmekte olan ülkelere %15- 20’sinde infertilite görülmektedir.<sup>2,3</sup>

Dünya doğurganlık araştırmasına göre; 40–49 yaş grubunda çocuk sahibi olmayan kadınların oranı, en düşük Güney Kore’de (%1.3), Ürdün’de (%2.2), ve Suriye’de (%2.9)’dir.<sup>2</sup> Türkiye’de infertilite sıklığının %10-15 dolayında olduğu, günümüzde bu oranların artarak %30’lara çıktığı düşünülmektedir.<sup>1,4,5</sup>

Çocuk sahibi olamamanın evlilik ilişkileri, sosyal hayat, duygusal durum, gelecek planları, benlik saygısı ve kadınların beden imajı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır.<sup>6</sup> İnfertilitenin tanısı, tedavi süreci ve tedavi sonucu infertil çiftlerin endişe, korku, özellikle çiftler arasındaki olumsuz ilişkiler, benlik saygısında azalma, cinsel tatmin eksikliği, cinsel ilişki ile ilgili olarak güven kaybı, libido azalması, öfke ve olumsuz duygusal etkilere neden olur.<sup>7-9</sup>

İnfertilitenin tanı-tedavi sürecinde yaşanan stresin evlilik ilişkilerinde bozulmaya, cinsel ilişki sıklığında azalmaya ve cinsel olarak “yetersizlik” algısına neden olduğu bildirilmektedir.<sup>10</sup> İnfertilitenin tedavi sürecinde eşler sürekli ovulasyon zamanını ve menstrual döngüyü takip etmek zorunda kalmaları ve cinselliğin sadece “üreme” amacı ile yaşanmasına dolayısıyla gebelik oluşma ihtimalinin düşük olduğu zamanlarda, cinsel ilişkiden kaçınmaya özellikle kadın için bu zamanlarda ilişkiye girmenin bir anlamı olmadığı algısına neden olabileceği belirtilmektedir.<sup>11</sup>

İnfertilite belirtilen nedenlerden dolayı evlilik ilişkilerini olumsuz etkilediği için, genellikle bunu takiben cinsel işlevde bozulmalar ve cinsel yaşamda memnuniyet düzeylerinde azalmalar ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından, cinsel disfonksiyon, “farklı nedenlere bağlı olarak, (cinsel istek kaybı veya eksikliği, cinsel isteksizlik ve cinsel zevk eksikliği, genital cevabın başarısızlığı, orgazm disfonksiyonu vb.) kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi” olarak tanımlanmıştır.<sup>12</sup> Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleri olan bir durum olarak ele alınmaktadır.<sup>13</sup> Özellikle siklusta döllenme ihtimalinin yüksek olduğu zamanlarında cinsel ilişkide bulunma zorunluluğu, cinsel ilişkinin eşlere ait özel bir hayat olma durumundan çıkıp, sıradan bir durum veya bir görev gibi algılanmasına neden olur. Kişi infertil olması nedeniyle cinsel olarak yetersizlik hissedebilir, cinsel ilişkiden aldığı zevk azalabilir, cinsellikle ilgili tatminsizlik yaşayabilir. Bütün bu sorunlar sonucunda evlilik ilişkileri olumsuz etkilenebilir. Bu şekilde cinsel ilişkiye dışardan müdahale edilerek belli zamanlarda girilmesi, ilişkide sadece döllenme amacının olmasına sebep olabilmektedir. Eşler cinsel yaşamlarında kendilerini gözlem, takip ve baskı altında hissetmekte ve kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, cinsel istekte azalma veya istek kaybı, cinsel uyarılabilirlikte azalma veya uyarılmanın gerçekleşmemesi, orgazm olmada zorluk veya orgazm olamama şeklinde ortaya çıkmaktadır.<sup>14</sup> Cinsellik bireyin günlük yaşam aktivitelerinden biridir ve diğer aktiviteler gibi bireyin yaşam kalitesini oluşturan ögeler arasında önemli yeri vardır.<sup>15</sup> Kaliteli bir cinsel yaşam; “üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen hastalık ya da sakatlıkların olmaması, cinsel tepkileri baskılayan ve insan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen korku, utanç, suçluluk, yanlış inançların olmaması, sosyal ve kişisel etikle uyumlu üreme, cinsel davranışları kontrol edebilme ve bundan hoşnut olma durumu” olarak tanımlanmaktadır.<sup>8,9</sup>

Cinsellik bütüncül yaklaşım çerçevesinde bireylerin önemli ancak göz ardı edilen gereksinimlerinden biridir. Hemşirelerin cinselliğe yönelik kapsamlı bakım verme, bilgilendirme ve sorun çözümüne yardımcı olma gibi sorumluluklarına ek olarak eğitimci ve danışmanlık rolleri de bulunmaktadır. Cinsel eğitim ve danışmanlığın; bireylerin cinsel konularla ilgili doğru bilgiler edinmelerine, cinsel mitlerin, sosyal, kültürel ve dini baskıların etkisi altında kalmadan cinselliği yaşamalarına, cinsel sorunlarına yönelik uygun girişimlerde bulunmalarına yardımcı olabileceği düşünülmektedir.<sup>16</sup>

Tüm bu sorunlar karşısında hemşirelik uygulamalarının amacı; bireylerin cinsel sağlığını korumak, cinsel/üreme sağlığı sorunlarını dile getirebilmeleri için cesaretlendirmek, cinsel sağlık sorunlarının sebeplerini ve özelliklerini saptamak, tespit edilen sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunmak ve cinsel yaşam kalitesini yükseltmektir.<sup>17</sup> Buradan yola çıkarak bu çalışma, infertilite tanısı almış ve tedavi sürecinde olan kadınların infertilite nedeniyle cinsel distres yaşıyor yaşamadıklarının, cinsel yaşam kalitesi düzeyinin ve cinsel distresin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Fertilite ve İnfertilitenin Tanımı

Fertilite; “üretilen bir oosit ile spermin bir araya gelmesi sonucu başlayan fertilizasyon/döllenme işlemidir”. Fertilizasyon spesifik bir dizi karmaşık bir süreci içeren hücre etkileşimidir ve tuba uterinaların ampulla bölümünde gerçekleşir ve sonuçta bebeğin ilk hücresi oluşur.<sup>18(s.86-87)</sup> Fertilizasyonun gerçekleşmesi için aşağıda belirtilen bir takım koşullar olmalıdır:

Kadında;

- Servikal mukus spermlerin yaşaması için uygun olmalıdır,
- Kadın üreme sisteminde enfeksiyon ve tıkanıklık olmamalıdır,
- Uterus anatomik olarak uygun olmalıdır,
- Ovulasyon mevcut olmalıdır,
- Over fonksiyonlarını etkileyecek sistemik bir hastalık (diyabet, tiroid, kronik anemi, aşırı şişmanlık gibi) bulunmamalıdır.

Erkekte;

- Testisler normal kalite ve sayıda sperm üretmelidir,
- Erkek üreme sisteminde bir tıkanıklık olmamalıdır,
- Üreme sisteminin salgıları normal olmalıdır. Atılan spermler kadının serviksine ulaşabilmelidir.<sup>19</sup>

Sağlıklı bir çiftin bir ay içinde gebe kalma olasılığı yaklaşık %15-25 dir. Genellikle çiftlerin %85'i evliliklerinin ilk bir yılı içinde gebe kalabilmektedir. İnfertilite “çocuk isteyen çiftlerde, en az bir yıl süreyle kontrasepsiyon uygulamadan, düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması” durumudur. İnfertilite görülme sıklığının üreme çağındaki çiftler arasında yaklaşık %10-15 olduğu bildirilmektedir.<sup>19,20</sup>

Primer infertilite; “en az bir yıl süreyle korunmaksızın cinsel ilişkide bulunulduğu halde gebeliğin oluşmaması”,

Sekonder infertilite; “daha önce gebelik olduğu halde son 12 ay içerisinde korunmaksızın cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen tekrar gebelik oluşmamasıdır”.<sup>20</sup>

Subfertilite; “gebelik oluşabilme potansiyeli nispeten daha düşük, basit bir anlatımla zor gebe kalan” anlamında kullanılmaktadır.

Fekundabilite; “bir menstrual siklusta, gebelik elde etme olasılığıdır”. “Bir siklusta canlı doğum olma olasılığına” ise fekundite denir.<sup>21</sup> Sterilite; “konsepsiyon veya gebeliğin gerçekleşemediği ve çocuk sahibi olmanın mümkün olmadığı” durumlarıdır. Tanı için gerekli tetkikler tamamlandıktan sonra düzeltilmesi mümkün olmayan anatomik ve fizyolojik bozukluklar söz konusudur.<sup>19</sup>

## **2.2. İnfertilitenin Nedenleri ve Kullanılan Tanı Yöntemleri**

İnfertilitenin tanı ve tedavi sürecinde çiftler bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Yaklaşık %40’ında infertilite nedeni kadından, %40’ında erkekten, %10’unda çiftin her ikisinden kaynaklanmakta, %10’unun da nedeni açıklanamamaktadır.<sup>22</sup>

### **2.2.1. Kadına Ait İnfertilite Nedenleri ve Kullanılan Tanı Yöntemleri**

#### ***Kadına Ait İnfertilite Nedenleri***

- *Over ve Hipotalamo-Hipofizer İnfertilite Nedenleri*

Ovulasyon bozuklukları tüm kadın infertilite olgularının %30-40’ını oluşturmaktadır. Döllenme için ilk koşul ovulasyon olduğu için infertil hastalarda ovulasyon olup olmadığı mutlaka ortaya konmalıdır. Ovulasyon ve hormonal aktivite ile ilgili problemler infertilite tedavisinde önemli rol oynar. Çünkü hormonal aktivite ovulasyonun ve fertilize ovumu besleyecek sağlıklı bir endometriumun gelişmesi için önemlidir. O halde overlerde meydana gelen bir patoloji infertiliteye neden olabileceği

gibi, overleri kontrol eden üst merkezlerde meydana gelen bir patolojide infertiliteye neden olmaktadır.<sup>1,20,23</sup>

Kronik anovulatuvar infertilitenin en yaygın nedeni olarak “polikistik over sendromu (PKOS)” gösterilmektedir. Diğer etiyolojik nedenler elendikten sonra polikistik over sendromu tanısının, üç bulgudan ikisinin varlığı ile koyulması önerilmektedir.

1. Oligovulasyon ya da anovulasyon,
2. Hiperandrojenizm bulguları,
3. Ultrasonda overlerde kistlerin görülmesi.<sup>24</sup>

Başka bir ovulatuvar bozukluk hipogonadotropik hipogonadizmdir. Bu durum gonadotropin salıverici hormonda (GnRH) veya gonadotropin yetmezliği durumu olup, santral hipogonadizm, hipotalamikamenore veya anovulasyon olarak da isimlendirilebilir. Hipotalamustan gonadotropin salıverici hormonda azalma veya GnRH uyarısına hipofizin yanıtsız kalması söz konusudur. Anovulasyon görülen kadınların %5-10’u bu gruba dâhildir. Hiperprolaktinemi de hipotalamopitüiter aksı kullanarak anovulasyona sebep olur. Fazla androjen yapımı, adrenal (tümör ya da hiperplazi) veya ovaryen kaynaklı olabilir. Yüksek estrojen seviyesi şişmanlıkta, estrojen salgılayan tümörlerde ve eksojenestrojen alımında görülür. Ayrıca fiziksel veya duygusal aşırı stres, aşırı zayıflık veya obezite ya da kısa süre içinde aşırı kilo alma veya aşırı kilo kaybı ovulasyonu etkileyebilir hatta menstrual siklusu tamamen bozabilir.<sup>22,25,26</sup>

- *Vulva ve Vajene Ait Nedenler*

Çiftlerin %5’ inde alt genital sistemle ilgili bir sorun gebeliği engeller. Konjenital anomaliler, vulva ve vajende mevcut bir anatomik bozukluk cinsel ilişkiyi önlemektedir. Bunların başında imperfore himen, vajende enine veya boyuna septum

varlığı, kısmi yada tam vajen yokluğu gelmektedir. Bu şartlarda cinsel ilişkinin yaşanması zorlaşmakta ve dolayısıyla da spermilerin vajene girmesi mümkün olamamaktadır.<sup>20,22</sup>

Bazen eşler arasında normal cinsel ilişki yaşansa bile vajinanın spermeler üzerine öldürücü etkisi olabilir. Bu kişilerde vajen asiditesi fazla olmakta veya bu asiditeyi nötralize eden servikal mukus yetersiz olmaktadır. Nedeni ne olursa olsun meydana gelen asit ortamın, arka fornikste toplanan spermeler üzerinde öldürücü etkisi vardır. Ayrıca servikal mukusta sperm motilitesini kısıtlayan antikörlerin bulunması, enfeksiyonlar ve geçirilen pelvik inflamatuvar hastalık da infertiliteye neden olur. İnfertilite şikâyeti ile doktora başvuran kadınların %8-11'inde klamidyaya tespit edilmiştir.<sup>20,22,27</sup>

- *Servikse Ait Nedenler*

Kadın infertilitesindeki servikal stenoz gibi servikal sebepler, histerosalpingografi sırasında, eksternal servikal açıklığın kanüle edilememesi yada endoservikal kanalda görülen bir darlık durumunda değerlendirilebilir.<sup>28</sup>

İnfertilite sebepleri geleneksel olarak çeşitli kategorilere ve faktörlere göre sınıflanabilir. Bunlar ovaryan, servikal, uterin, tubal, peritoneal, açıklanamayan ve erkeğe ait sebeplerdir.

Servikal mukus insan üremesinde gerekli bir komponenttir ve fertilitede önemli rol oynar. Servikal mukus spermın yaşaması ve transportu için olmazsa olmazdır. Siklusun preovulatuvar fazında ve östrojenin etkisi altında, servikal mukus spermın serviksten geçişine izin verecek ve fallop tüplerinden yukarıya geçişini sağlayabilecek paralel kanallar şeklinde bir forma girer. Ancak postovulatuvar fazda ve progesteron etkisi altında, servikal mukus kalındır ve spermın uterus içine geçmesini engeller.<sup>29</sup>

Servikal mukusun değerlendirilmesinde kullanılan bazı testler ise:

*Spinnbarkeit testi*; Servikal mukus normalde en fazla 3-4 cm'ye kadar uzar. Ancak ovulasyon zamanında bu esneme kabiliyeti 8-12 cm'ye kadar çıkabilir. Bu test ovulasyon olup olmadığının kontrolünde uygulanabilir.

*Fern testi*; Servikal mukus menstruasyonun ilk yarısında, estrojen hormonunun fazla salgılandığı dönemde, mikroskop altında incelendiğinde eğreltiotu görünümüne sahiptir. Ovulasyondan sonra ise progesteron hormonu daha fazla salgılandığı için bu görünüm kaybolur. Eğreltiotu manzarasının varlığı ovulasyon olmadığını düşündürebilir.<sup>30</sup>

*Postkoital Test (PCT)*; Bu test ile servikal mukusun özelliği ve sperm mukus içerisindeki fonksiyonları tespit edilebilir. Ovulasyon döneminde eşlerin cinsel ilişkiye girmelerini takip eden 2-8 saat içerisinde bir katater yardımıyla alınan mukus örneği incelenir. En az 2 hareketli sperm bulunmalıdır. İncelemede servikal mukusun patolojik bulunması, biyopsilerden, geçirilmiş serviks ameliyatlarından, lazer ablasyonundan, konizasyondan yada kriyoterapiden kaynaklanabilir. Renk bozukluğunda ise enfeksiyon düşünölmelidir.<sup>31</sup>

- *Uterusa Ait Nedenler*

Uterusa ait anomaliler embriyonun implantasyonu, fetal büyüme ve gelişme açısından önemlidir. Düşöklere sebep olabilir ve fertilizasyonu zorlaştırabilir. İnfertiliteye neden olan birçok doğuştan veya edinsel uterus problemleri vardır. Kadın infertilitesinden sorumlu uterin anormallikler arasında polipler, bazı fibrom çeşitleri, adenomyozi ve intrauterin adhezyon gibi bazı endometrial bozukluklar bulunur.<sup>32</sup> Kadında var olan polipler asemptomatik seyretse bile vajinal kanamaya ve infertiliteye, endometriyal yapışıklıklar tekrarlayan gebelik kayıplarına ve infertiliteye yol açabilir.<sup>33,34</sup>

- *Tubalara Ait Nedenler*

Kadın infertilitesinde tubal faktörün en sık nedenleri enfeksiyon, operasyon ya da enfeksiyona bağlı olarak sekonder gelişen adhezyonlardır. Pelvik inflamatuvar hastalık, geçirilmiş pelvik ya da abdominal cerrahi, endometriozis, septik abortus, perforo apandisit, tubal cerrahi veya ektopik gebelik tubal infertilitenin diğer nedenleridir.<sup>35,36</sup>

Fallop tüpleri ayrıca sperm hareketi üzerinde de önemli rol oynar. Spermin tüplere transportunu sağlayan faktörler arasında tüplerin motilitesi, tüp lümeninde epitelyum hücrelerin silier aktivitesi ve sperm motilitesi bozuklukları sonucu da infertilite gerçekleşir.<sup>20</sup>

- *Metabolik Hastalıklar ve Diğer Nedenlere Bağlı İnfertilite*

Overler diğer endokrin organlarla sürekli bir etkileşim içindedir. Bu nedenle kadında mevcut bir endokrin bozukluk, doğurganlığı olumsuz etkileyebilir. Tiroid hastalıkları, kilo değişikliği, surrenal hastalıklar, ilaç kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve stres infertilite nedenleri arasında sayılabilir.<sup>37</sup>

### ***Kullanılan Tanı Yöntemleri***

İnfertiliteye yol açan nedenlere yönelik geçmişe yönelik öykü alma sonrasında, sadece üreme organlarının değil tüm vücudun değerlendirilmesine yönelik muayene yapılmalı ve ultrasonografi (USG) çekilmelidir. İnfertilite süresi, varsa daha önceki gebelik öyküsü, daha önce uygulanan tedaviler, ameliyatlar, menstrual siklus düzeni, ilaç kullanma durumu, şimdiye kadar kullanılan gebelik önleyici yöntemler, geçirilmiş enfeksiyonlar, sigara, alkol vb alışkanlıkları değerlendirilir. İnfertilite yönünden kadının değerlendirilmesinde genel muayene ve üreme organlarına yönelik muayene, infertilitenin nedeninin saptanması yönünden büyük önem taşır .

**Transvajinal Ultrasonografi:** İnfertil çiftlerde, kadının değerlendirilmesinde transvajinal ultrasonografi ile görüntüleme klinik pratiğin en önemli parçasıdır. Herhangi bir üremeye yardımcı teknik kullanılmadan önce uterus ve adnekslerin ultrasonografi ile görüntülenmesi hem noninvaziv olması hem de hastaların yönetiminin belirlenmesinde esas oluşturmaktadır. Transvajinal USG ile intrauterin patolojiler, myometriyum ve adneksiyal alanın değerlendirilmesi sağlanır.<sup>38</sup>

**Bazal Vücut Isısı (BBT) Analizi:** Ovulasyon sonrası korpus luteumdan salgılanan progesteronun termojenik etkisi olması temeline dayanan bir testtir. Normal bazal vücut ısısı 36.1-36.6 °C arasında değişir. Bazal vücut ısısı artışı siklus ortası LH yükselmesinden sonraki ilk 12 saatten itibaren yani ovulasyon gününden sonraki gün başlar ve 4 gün boyunca sürer. Sonuçta ovulasyonun olması beklenen 12-15. günler arasında bazal vücut ısısında 0.2-0.5 °C bir yükselme olur. Bu nedenle fertil dönem, bazal vücut ısısının yükselmesinden 7 gün önce başlar.<sup>18(s.214-227)</sup> Ancak hastalık, stres, enfeksiyon, uykusuzluk gibi başka faktörlerde ısıyı yükseltebileceğinden yükselen ısının yorumunu doğru yapmak gerekir.

Bazal vücut ısısı analizinde; kadına her sabah uyandığında, yaklaşık aynı saatte, yataktan kalkmadan önce vücut ısısını ölçmesi ve kaydetmesi öğretilmelidir. Art arda 3 siklus boyunca bazal vücut ısısını kaydetmelidir.<sup>1</sup>

**Hormonal Değerlendirme:** Hiperprolaktinemi, düşük düzeylerde lüteinize edici hormon (LH), folikül stimüle edici hormon (FSH) ve progesteron, anovulasyona ve dolayısıyla infertiliteye neden olabilir. Folikül gelişimi ve östrojen üretimi için hem LH hem de FSH gereklidir, bu nedenle bu hormonların düşük seviyeleri, daha az sayıda follikül gelişeceği ve Graffolikül oluşumunun olmayacağı anlamına gelir.<sup>39</sup> İdrarda LH seviyesine bakılması bir diğer yöntemdir. Siklusun ortasında LH piki oluşuktan sonra yapılan test ovulasyon zamanını belirleyebilir.<sup>40</sup>

**Over Rezervlerinin Değerlendirilmesi:** Menstruasyonun 2. veya 3. gününde alınan değerler kullanılmaktadır. Kadının yaşı arttıkça primordiyal folliküllerin kaybına bağlı olarak over rezervi azalır. Over rezervi oosit sayısı ve kalitesiyle ilgilidir, kadının doğurganlık potansiyelini gösterir. İnfertilite tedavisi yapılacak hastalarda tedavi şeklinin belirlenmesi ve elde edilecek başarı şansının tahmini için over ve testislerin değerlendirilmesi gereklidir.<sup>41-43</sup>

Over rezervinin belirlenmesi, doğurganlığın azaldığı 30'lu yaşların sonunda çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda önemlidir. Ayrıca infertilite tanısı almış bir kadında, özellikle InVitro Fertilizasyon - Embriyo Transferi (IVF-ET) gibi bir tedaviye başlanmadan önce, kadının over rezervinin belirlenmesi, başarının artırılması ve maliyetin azaltılması açısından önemlidir. Açıklanamayan infertilitesi olanlar, yaşı 35'ten ileri olan kadınlar, daha önce overyan cerrahi (overyankistektomi, unilateralooferektomi, vb) olanlar, sigara kullananlar, ailede erken menopoz hikayesi olanlar, kemoterapi ya da radyoterapi hikayesi olanlar, eksojen gonadotropin uyarısına kötü yanıtı gösterilmiş olan hastalar için over rezervinin belirlenmesi önerilmektedir.<sup>41-43</sup>

Over rezervini belirlemede kullanılan parametreler yaş, bazal FSH ve östradiol (E2) düzeyleri, beden kitle indeksidir.<sup>41-43</sup>

Over rezervi değerlendirilirken bakılabilecek bir diğer parametre de anti müllerian hormondur (AMH). AMH doku gelişimi ve farklılaşmasında görevi olan bir glikoproteindir. Herhangi bir yaş grubu için dolaşımdaki yüksek AMH seviyesi, yüksek ovaryen rezervini gösterir.<sup>44-45</sup>

**Serum Progesteron Ölçümleri:** Ovulasyon dönemi ile menstrasyon döneminin başlaması arasındaki geçen zamana luteal faz denir. Ortalama olarak 14 gün sürer. Bu 14 günlük süre arasındaki progesteron üretimi korpus luteumun fonksiyonuna bağlıdır.<sup>46</sup>

Luteal fazda serum progesteron düzeyinin saptanması ovulasyonun kalitesi ve varlığı hakkında bilgi verir.

**Endometrial Biyopsi:** Endometrial biyopsi, çeşitli uterin anormalliklerin teşhis edilmesinde yardımcı olan bir yöntemdir. Biyopsi serviksten uterus boşluğuna sokulan bir endometrial kateter kullanılarak yapılır ve uterus dokusunun alımı sağlanır. Endometrial biyopsi, anormal uterin kanama, kanser taramaları ve infertilite değerlendirmesinde yararlı olan bir yöntemdir.<sup>47</sup> Genellikle beklenen adet döneminden yaklaşık 2-3 gün önce yapılır. Östrojen ve progesteron gibi hormonların endometrium üzerindeki etkilerinin yeterli olup olmadığı araştırılır.<sup>48</sup> Elde edilen biyopsi sonuçları luteal faz defektlerini belirlemede kullanılır.

**Histerosalpingografi (HSG):** İnfertil hastalara yönelik ilk basamakta uygulanabilecek bir tanı ve tedavi yöntemidir. Uterus ile fallop tüplerinin radyografik görüntülenmesidir ve çoğunlukla infertilitenin değerlendirilmesinde kullanılır. HSG'nin başlıca rolü fallop tüplerinin değerlendirilmesidir. HSG için iki kontrendikasyon vardır; hamilelik ve aktif pelvik enfeksiyon. Muayene, menstrüel siklusun 7-12. günlerinde planlanmalıdır. Bu proliferatif evrede endometriyum incedir, görüntü kolay yorumlanabilir ve ayrıca gebelik olmadığı da garanti altındadır.<sup>36,49</sup>

Histerosalpingografi diagnostik olduğu kadar terapötikte olabilir. Histerosalpingografinin foliküler dönemin başında yapılması tubaların yıkanmasını sağladığından o sırada yada sonraki sikluslarda gebelik olasılığını arttırabilir.<sup>1</sup>

**Histeroskopi:** Histeroskopi uterus ile ilgili problemlerin teşhis ve tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Histeroskop ince ışıklandırılmış teleskop benzeri bir alettir. Histeroskopinin en çok kullanım alanlarından birisi anormal uterin kanama sebebini bulmak içindir. Geçirilmiş enfeksiyon veya cerrahi sonrasında oluşan adhezyonların

açılmasında, tekrarlayan düşüklerde, intrauterin araçların yerinin tespit edilmesinde ve biyopsi amacıyla kullanılır. Genel veya lokal anestezi eşliğinde yapılabilir.<sup>50</sup>

**Laparoskopi:** Tanısal laparoskopi, ileri tetkik yöntemlerindedir. Bu yöntem ile pelvik yapışıklıkları, endometriozis varlığı ve yaygınlığı, uterus anomalileri, çift taraflı tüplerin ve overlerin yapıları ve işlevsel bütünlükleri ortaya çıkarılır. Tanısal laparoskopinin en önemli özelliği bu yapıları sağlıklı bir şekilde değerlendirip sorun varlığında eş zamanlı tedavi edilebilmesidir.<sup>51,52</sup>

Laparoskopi işlemi invaziv bir işlem olup ameliyathane şartlarında gerçekleştirilir. Genel anestezi altında, batin bölgesinden yapılan 1 cm' lik kesiden optik bir cihaz ve kamera sistemi geçirilerek karın içi ve pelvis görüntülenir.

### **2.2.2. Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri ve Kullanılan Tanı Yöntemleri**

#### ***Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri***

Erkek fertilitesinde azalma konjenital ya da kazanılmış ürogenital bozukluklardan, genital sistem enfeksiyonlarından, skrotal bölgede ısı artışından, endokrin bozukluklardan, genetik hastalıklardan, immünolojik faktörlerden kaynaklanabilmekte-dir. Vakaların %65-70' inde sorumlu bir faktör bulunmayabilir.

Erkekler için risk faktörleri<sup>19,20,22</sup>:

- Toksik maddelere maruz kalma (kurşun, civa, X-ray ışınları)
- Sigara ya da esrar tüketimi,
- Aşırı alkol tüketimi,
- Geçirilmiş batin operasyonu,
- Sık sık uzun mesafe bisiklet kullanma,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
- İnmemiş testis,
- Puberte sonrası kabakulak geçirme,

- Kronik stres,
- Çevresel kirlenmeye bağlı endokrin bozukluklar.
- *Sperm Üretim Problemleri*

Yapılan semen analizinde sperm yoğunluğunun 20 milyon/ml'den az olması "oligozoospermi", hareketlerinin azalması "astenozoospermi" ve yapısal incelemede çok sayıda yapısı normal olmayan sperm bulunması "teratozoospermi" olarak tanımlanır. Genellikle bu bozukluklar birlikte bulunur ve "oligo-asteno-teratozoospermi (OAT) sendromu" şeklinde tanımlanır.<sup>53</sup> Yetersiz sperm üretimine enfeksiyonlar, varikozel, inmemiş testis ya da çevresel etmenler neden olabilir.

Varikozel, testisin venöz drenajını sağlayan venlerin aşırı genişlemesiyle testise hasar veren bir damar hastalığıdır. Spermatik venlerin kıvrılması ve dilatasyonu ile karakterize vasküler bir lezyondur. Varikozel erişkin erkek popülasyonunun %15-22' sinde görülmesine rağmen, infertilite şikâyetiyle başvuran erkeklerin ortalama %30-40' unda bulunan ve erkek infertilitesinin en sık rastlanan patolojik nedenidir.<sup>54</sup>

Yetersiz sperm üretimine yol açan bir diğer faktör ise inmemiş testistir. Normalde iki adet bulunan testislerin fonksiyon görebilmesi için vücudun dışında yani daha düşük ısıda bir bölgede bulunması gerekir. Bu nedenle intrauterin hayatta fetüsün inguinal bölgesinde bulunan testisler bir takım mekanik ve hormonal faktörlerin etkisiyle skrotuma inerler. Testislerin skrotuma inmeyerek, skrotum dışında bir yerde lokalize olmasına "inmemiş testis" adı verilir.<sup>55</sup> Bu durumda spermler, spermatogenesis için gerekli olan ısıdan daha yüksek bir ısıda bulunur ve spermatogenesis engellenir. Ayrıca cinsel fonksiyon bozuklukları, aşırı sıcak ortamda çalışma ve radyasyona maruz kalma gibi durumlarda infertilite sebepleri arasındadır.

- *Sperm Hareket Problemleri*

Sperm motilitesi, spermin korunması ve taşınması için önemlidir. Motilitenin değerlendirilmesi için spermleri progresif hareketli, nonprogresif hareketli ve hareketsiz şeklinde sınıflandıran basit bir yöntem tavsiye edilir.

Progresif hareket: Sperm hücresi doğrusal ya da geniş bir dairesel düzlemde hızdan bağımsız olarak ilerleyici bir şekilde hareket eder.

Nonprogresif hareket: İlerleyici olmayan hareketlerin tamamını içerir. Örneğin çok küçük daireler şeklinde, kuyruğun hareketiyle baş kısmının çok zor olarak yer değiştirmesi, sadece kuyruğun hareket etmesi gibi.

Hareketsiz: Hiç hareketin olmaması.

Önce progresif hareketli olanlar sonra nonprogresif hareketliler ve hareketsizler değerlendirilir. Total hareketlilik için en düşük referans değer %40 iken bu değer progresif hareketlilik için %32'dir.<sup>56</sup>

- *Spermin Taşınma Problemleri*

Konjenal penis anomalileri de infertilite gelişimine neden olabilmektedir. Hipospadias ve epispadias gibi anomalilerde ejakulatın vajen içine girememesi yada yeterli miktarda depolanamaması sonucunda infertilite görülebilir. Geçirilen bazı enfeksiyonlar sonucu epididimis ve vaz deferenslerde meydana gelen tıkanıklıklarda infertiliteye yol açabilir<sup>56</sup>.

### ***Kullanılan Tanı Yöntemleri***

***Semen Analizi (Spermiyogram):*** Sperm sayımı için seminal mayinin değerlendirilmesi, infertilite araştırmalarının en başında gelmektedir. Genellikle ilk analiz normal çıkarsa ikinci analiz istenmemektedir.<sup>57</sup> İlk analizin anormal çıkması durumunda ikinci bir inceleme istenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2010 kriterlerine göre semen ve semen analizinin özellikleri aşağıdaki gibidir.

DSÖ 2010 kriterlerine göre semen analizi alt referans değerleri<sup>56</sup>;

Miktar (volüm)	1,5 ml
pH	≥ 7.2
Her ml sperm sayısı (konsantrasyon)	≥ 15 milyon/ml
Toplam sperm sayısı	≥ 39 milyon/ml
Hareketlilik (motilite)	% 40 (ilerleyici ve yerinde hareket)
Şekil (morfoloji)	% 32 (ilerleyici hareket)
Canlılık (membranı sağlam sperm)	≥ % 4 (normal morfoloji göstermeli)
	≥ %58 spermatoza.

**Sperm Penetrasyon Testi:** Çok yaygın olarak kullanılan bu test, spermin dölleme potansiyelinin laboratuvar ortamında ölçmek için geliştirilmiştir. Oosit içinde bir ya da daha fazla şişmiş sperm başının görülmesi penetrasyon olduğunu göstermektedir.<sup>58</sup>

**Postkoital Test:** Bu test kadın genital sisteminde servikal mukus içindeki aktif spermatozoaların sayısını belirleme, hayatta kalan sperm sayısı ve cinsel ilişkiden sonraki birkaç saat sonra servikal ortamdaki sperm davranışlarını değerlendirmeyi içerir.<sup>59,60</sup> Postkoital testin uygulanması için çiftlerden testten 2 gün öncesine kadar cinsel ilişkiye girmemesi, erkeklerin mastürbasyondan kaçınması ve test tarihinden önceki gece ilişkiye girilmesi istenir. Kadın, cinsel ilişki sırasında vajinal kayganlaştırıcı kullanmamalı, cinsel ilişkiden sonra vajinanın içini yıkamamalıdır ve ertesi gün test için kliniğe gidilmelidir.<sup>57</sup>

**Antisperm Antikor Testi:** Spermlere karşı meydana gelen, semen veya servikal mukusta bulunan immunoglobulinler, sperm motilitesini, canlılığını inhibe ederek infertiliteye yol açabilir. Seminal sıvıda yer alan bir veya birden fazla immunosupressif faktör kadının sperme karşı duyarlaşmasını önler. Fakat bilinmeyen nedenlerle antisperm antikorları meydana gelebilmektedir.<sup>60</sup> London ve arkadaşları<sup>61</sup> kadın üreme sisteminde oluşan antikorların spermleri fagosite ettiklerini invitro ortamda göstererek ovuma ulaşan sperm sayısını azalttığını ve bunun sonucu olarak da infertilite meydana gelebileceğini bildirmişlerdir.

**Hormonal Değerlendirme:** Semen analizinin anormal sonuçlar vermesi nedeniyle hormonal değerlendirme yapılır. Bu değerlendirmede FSH, inhibin B, LH, testosteron, prolaktin, adrenal hormonların düzeylerinin ölçülmesi gerekmektedir. Hormonal değerlendirmeler hiper/normo ve hipogonadotropik hipogonadizmin ayrılabilmesi için yapılır ve azospermik erkeklerde endikedir.

Erkeklerde hipotroidizm ile hiperprolaktinemi birlikte olabileceğinden tiroid fonksiyonları da değerlendirilmelidir. Tekrar ölçümlerinde açıklanamayan yüksek prolaktin düzeyleri durumunda ise olası bir tümörü ortaya koyabilmek için hipotalamo-hipofizer görüntüleme gerekmektedir.<sup>18(s.264-274)</sup> Ayrıca tiroid fonksiyonlarındaki bozulma oligospermi dahil birçok metabolik sorunlara eşlik edebilir.

### **2.2.3. Açıklanamayan Faktörler ve Yönetimi**

Fiziksel bir engeli bulunmayan ve haftada 2-3 kez gebelikten koruyucu bir yöntem kullanılmaksızın düzenli koitusta bulunan bir çift bir yıl içerisinde gebelik elde edemiyorsa temel infertilite araştırmalarına gidilir.<sup>18(s.214-216)</sup> Bunlar erkeklerde semen analizi, kadında bazal vücut ısısının ve over rezervinin belirlenmesi, tubal açıklığın ve normal uterin kavitenin tespiti, hormonal değerlendirme, histerosalpingografidir. Eğer bu değerlendirmelerin sonucu normal ise açıklanamayan infertilite tanısı konulur.

İdiopatik nedene sahip infertil çiftlerin uygun tedavi planının seçiminde yaş, infertilite öyküsü, tedavi öyküsü, riskler gibi birkaç anahtar değişken dikkate alınmalıdır.

### **Açıklanamayan İnfertilite Yönetimi**

Yönetim standart tıbbi karar verme yöntemlerinde kullanılan standart uygulamaya uymamaktadır. Standart tıbbi uygulamalar bilinen bir kusurun veya eksikliğin düzeltilmesini sağlayan özgün biyoloji ve fizyolojiye uygun bir mantık gerektirir. Açıklanamayan infertilitede böyle bir kusurun varlığı bilinmediğinden veya

tespit edilememesinden dolayı, tedavi planları ampiriktir. Açıklanamayan infertilite yönetiminde tek bir tedavi protokolü bulunmamaktadır.<sup>18(s.299-300)</sup>

Açıklanamayan infertilitesi olan çiftlerde bazen herhangi bir tedavi görmeden bir süre sonra gebelik meydana gelmektedir. Doğal yollardan hamile kalma şansları infertilitenin süresi uzadıkça azalmaktadır. İki yıl içerisinde tedavisiz hamile kalma şansları ile tedavi sonucu hamile kalma şansları arasında anlamlı bir fark yoktur. Üç yıldan daha uzun süredir infertil olan çiftin kendiliğinden hamile kalma şansı her ay için ortalama %1-2 oranında azalmaktadır. Bu oran her yıl için %20-25' tir. Bu grup hastalarda kadının yaşı oldukça önemli olup 30 yaş üzerinde tedavisiz hamile kalma şansları her yıl için %10 oranında azalmaktadır.<sup>62</sup>

### **2.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi**

“Bir yıl süre ile herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadan ve düzenli (haftada en az iki) cinsel ilişkiye girilmesine rağmen gebelik oluşmaması” infertilite olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Bu çiftler infertilitenin değerlendirilmesi için yönlendirilmelidir.

- Yaş faktörü (özellikle 35 yaş ve üstü),
- Yaştan bağımsız olarak infertilite süresi uzun olan çiftler,
- Düzensiz ya da az sıklıkta adet gören kadınlar,
- Pelvik enfeksiyon ya da endometriozis hikayesi olan kadınlar,
- Semen analizi bozukluğu bilinen ya da şüphelenilen erkek hastalar infertilite değerlendirilmesine alınmalıdır.<sup>62</sup>

Öykü sırasında eşlerin her ikisinden de değerli bilgiler edinilebileceği göz önünde bulundurularak görüşme için çiftin beraber bulunduğu bir ortam tercih edilmelidir.

İnfertil çiftle yapılan ilk görüşmede, hastaların öncelikle ailesel üreme durumu, sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, geçirdiği ameliyatlar, enfeksiyonlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar sorgulanmalıdır. Kadının yaşı (35 yaşın üzerindeki yaş),<sup>63</sup> boyu, kilosu, beden kitle indeksi, bel çevresi, tüylenme derecesi ölçülerek, sekonder seks karakterleri, meme gelişimi, galaktore varlığı,<sup>64(s.53)</sup> tıbbi ve menstrual geçmiş oligo / amenore öyküsü, bilinen veya şüpheli uterin / tubal hastalık veya endometriozis ve cinsel ilişkinin sıklığı ve zamanını içeren ilişki öyküsü değerlendirilmelidir.<sup>23,63</sup> Bununla birlikte hikâyede erkek hastanın puberte başlangıcı, ses değişiklikleri, sekonder seks karakterleri (pubik kıllanma ve sakal), jinekomasti, testis kanseri, inmemiş testis hikayesi ve tedavisi sorgulanmalıdır.<sup>64(s.62)</sup>

## **2.4. İnfertilitenin Tedavisi**

İnfertilite tedavisinin etkinliği yüksek, maliyeti düşük ve uygulanması kolay olmalıdır. Fakat bu tedavinin tanımlanması kolay olmayabilir. Eğer bir sebep tespit edilebilirse, tedavi için genel bir yol izlenir. Ayrıca amaç sadece gebelik elde etmek değil, gebeliğin elde edilmesine kadar geçen süreyi kısaltmaktır.<sup>37,43</sup>

### **2.4.1. Tıbbi Tedavi**

Oosit üretimindeki patolojiler kadın infertilitesinin en yaygın nedeni olup (%27) oosit üretimi ile ilgili en çok ortaya çıkan sorunlar anovulasyon, oligo ovulasyon ve over foliküllerinin yaşlanmasıdır. İnfertilite sebebi ovulasyon sorunu olduğu durumlarda ovulasyon indüksiyonu sağlayan ilaçlar tedavide kullanılır. Ovulasyon indüksiyonunda amaç uni-bifoliküler gelişimin sağlanmasıdır. Yardımcı üreme tekniklerinde uygulanan kontrollü ovaryan hiperstimülasyonda ise overlerden mümkün olduğunca çok sayıda ve iyi kalitede oosit elde edilmesi amaçlanır. Her olgu için en yüksek başarının elde edilebileceği, bireysel özellikler, endokrinolojik tablo ve yaş gibi

kritik faktörler gözönüne alınarak uygun kontrollü ovaryan hiperstimülasyon protokolü seçilmelidir.<sup>19,42,43</sup>

Başlangıç dozlarının belirlenmesinde; kadının yaşı, USG ile belirlenen over rezervi, bazal FSH, E2, beden kitle indeksi, geçirilmiş over cerrahisi, overlerde kist veya kitle varlığı gözden geçirilmelidir. Daha önce infertilite tedavisinin uygulanıp uygulanmadığı, uygulandı ise kullanılan ilaçlar, bunlara alınan cevap ve sonuçlarının sorgulanması tedavi şeklinin belirlenmesine yardımcı olur.<sup>30,43</sup>

#### **2.4.2. Cerrahi Tedavi**

Cerrahi tedavi hem kadın hem de erkek infertilitesinde kullanılan bir yöntemdir. Erkeklerde varikozel, testiküler atrofi ve semen parametrelerinde bozulmaya yol açabilir. Bu nedenle varikozel tedavisinde amaç fertilitiyi korumak veya sağlamaktır. Tedavide altın standart açık cerrahidir.<sup>53,57</sup>

Kadınlarda ise; infertilite nedeni ovarian tümör ise, cerrahi ile çıkarılmalı ve mümkünse fonksiyonel overian doku korunmalıdır. İntraabdominal bir patoloji şüphesi varsa (endometriyozis, pelvik adhezyon, peritubal adhezyon şüphesi, subserözmyom vb.) laparoskopi ile hem tanı konulması hem de aynı seansta tedavi edilebilmesi sağlanır. Tanı ve tedavi için kullanılacak iki yöntem HSG ve laparoskopidir.<sup>18(s.221-222),35</sup> Ayrıca histerosalpingografi, tubal tıkanıklığın tanımlanmasının yanında, tıkanıklığın açılmasında da kullanılmaktadır.

#### **2.4.3. Üremeye Yardımcı Teknikler (ÜYT)**

Üremeye yardımcı teknikler, “kadının yumurtası ile erkeğin spermünü çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun kadına transferini ifade eden ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamaları” ifade eder (86).

*ÜYT merkezlerinde uygulanan teknikler;*<sup>19,20,64</sup>

- “İntrauterin İnseminasyon (IUI)”,
- “İn-vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi (ET)”,
- “Gamet IntraFallopian Transfer (GIFT)”,
- “Zigot IntraFallopian Transfer (ZIFT)”,
- “Tubal Embriyo Transfer (TET)”,
- “İntraSitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)’ dur.

Hastanın yaşı, infertilitenin etiyolojisi, süresi gibi birçok faktör göz önünde bulundurularak çift için en uygulanabilir, maliyeti düşük olan tedavi seçilmelidir.

**İntrauterin İnseminasyon:** İntrauterin inseminasyon ovulasyon zamanında, hareketli spermelerin kültür ortamında ayrılıp trans servikal olarak uterin boşluğa enjekte edilmesidir. Diğer tekniklere göre daha basit, daha ucuz ve daha az invazif olması nedeniyle infertilite tedavisinde sıklıkla uygulanan yöntemlerden birisidir.<sup>65-67</sup>

IUI endikasyonları;<sup>67</sup>

- Kombine kadın ve erkek faktörü olan açıklanamayan infertilite olgularında IUI ilk tedavi seçeneğidir ve bu grup en büyük endikasyon grubunu oluşturmaktadır.
- Erkek faktöründe orta derece oligoastenoteratospermi (OAT)’de sık olarak kullanılan yöntemdir.
- Kadın faktörlerinden servikal faktör, endometriozis ve ovulatuardisfonksiyonda kullanılır.
- Ayrıca çeşitli ejakulatuvar (impotans, spinalkord kesisi ve prematür ejakulasyon) ve koital (hipospadias, vajinismus vb.) sorunlar içinde tedavi yöntemidir.

**InVitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi:** Dünyada infertilitenin geniş çaplı tedavisi olarak belirlenmiştir. Erkek infertilitesi, şiddetli tüberküloz hastalığı orta ve şiddetli endometriozis vakalarında primer tedavi olarak endikedir. Ayrıca ileri maternal yaş (> 35 yaş), zayıf over rezervi, açıklanamayan infertilite ve basit tedavi yöntemlerine dirençli anovulasyona sahip hastalar için bir tedavi seçeneğidir. IVF'da ultrason yardımı ile yönlendirilen bir iğne ile olgunlaşan oosit aspire edilir. Erkekten alınan spermiler ile birlikte laboratuvarında doku kültürüne konulur. Bir tüp içinde bir araya getirilen oosit ve spermin fertilizasyonunun kendiliğinden oluşması beklenir. Fertilizasyon gerçekleşikten sonra zigotun, morula safhasında trans servikal bir kateterle embriyolar uterusu yerleştirilir. Bu işleme de embriyo transferi denilir. IVF'dan kaynaklanan başlıca riskler ve komplikasyonlar; overyan hiperstimülasyon sendromu, çoğul gebelik, ektopik ve heterotopik gebeliklerdir.<sup>19,20,68,69</sup>

Yapılan bir çalışmada 35 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınlara transfer edilen embriyo sayısı ve gebelik oranlarına bakıldığında 35 yaş altı tek embriyo transferi sonrası başarı oranı %22 iken, iki embriyo transferi sonrası başarı oranı %26 olarak bulunmuştur. 35 yaş üstünde ise başarı oranları sırasıyla %9 ve %32'dir.<sup>70</sup>

**Intrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu:** Bu yöntemde sperm, ovumun içerisine bir mikropipet yardımı ile mikroskop altında yerleştirilir.<sup>71</sup> Bu işlemde overlerden aspire edilen olgunlaşmış sağlıklı oositin sitoplazmasına özel olarak hazırlanmış sperm enjekte edilir.<sup>20</sup> Günümüzde intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu için en önemli endikasyon grubunu, şiddetli erkek faktörü olan hastalar ve daha önce in vitro fertilizasyon uygulanmış olup, düşük veya hiç fertilizasyon elde edilemeyen hastalar oluşturmaktadır.<sup>57</sup>

**Gamete Intrafallopian Transfer:** Bu yöntem en az bir tane fonksiyonel fallop tüpüne sahip olan kadınlara uygulanabilir. Çünkü fertilizasyon oluştuktan sonra, zigot

implantasyon için tüplerden uterusu doğru ilerleyecektir. Kadının aynı zamanda en az bir overe sahip olması gerekir. Bu yöntem, ovumun doğal fertilizasyon yeri olan tüpler içerisinde sperm ile karşılaşp fertilize olma şansının artırılmasını hedefleyen bir yöntemdir. Bu işlemde oositler ultrasonografi eşliğinde vajinal yolla toplanır ve spermler ile birlikte tüplere laparoskopik ve laparotomik yöntemle yerleştirilir. Erkekten alınan semen örneği en az 2 milyon sperm içermelidir. Bu yöntemin avantajı fertilizasyon olayının laboratuvar ortamında değil normal ortamda gerçekleşmesidir. Yöntemin dezavantajı ise, bireyin anestezi alması ve invaziv olmasıdır.<sup>1,19,72</sup>

**Zygote Intra Fallopian Transfer:** Ovum kadın vücudu dışında fertilize edildikten sonra, döllenmiş embriyo uterus yerine fallop tüpüne aktarılmaktadır. Döllenmiş yumurta direkt olarak tüplere aktarıldığından, işlem tubal embriyo transferi (TET) olarak da adlandırılır.<sup>73</sup>

## **2.5. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi**

Cinsellik, “cinsel doyumunu ve iki insanın uyum içerisinde beraberliklerini içeren sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı” olarak tanımlanabilir.<sup>15</sup>

DSÖ’ne göre cinsellik; yaşam boyunca insan olmanın merkezi bir yönü olarak seks; cinsiyet kimlikleri ve rolleri, seksüel oryantasyon, erotizm, haz, mahremiyet ve üremeyi kapsar. Cinsellik; düşüncelerde, fantezilerde, arzularda, inançlarda, tutumlarda, değerlerde, davranışlarda, pratiklerde, rollerde ve ilişkilerde ifade edilir. Cinsellik bu boyutların hepsini içerirken, biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, yasal, tarihi, dini ve ruhsal faktörlerden de etkilenir.<sup>74</sup>

Masters ve Johnson, insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında ele almışlardır. Çalışmalarını insanların cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi ölçme amacıyla gerçekleştirmişlerdir. Cinsel uyarana biyolojik tepkinin nasıl olduğunu ve

birbiri ile benzer olduğunu gösterme hedefi ile oluşturmuşlardır. Sonuç olarak cinsel tepki sürecini dört evre ile açıklamışlardır.<sup>75</sup>Bunlar:

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

Bu evrelere göre erkekteki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzer ve tek bir grafikte tanımlanabilirken, kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir.<sup>76</sup>

## **2.6. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları**

Cinsellik, tüm insanların önemli bir gereksinimidir ve sağlık, yaşam kalitesi ve genel iyilik için vazgeçilmez bir unsurdur. Bu kavram sadece cinsellikle ilgili değildir; erkeklerin ve kadınların, kendileri ve cinsel varlık olarak nasıl hissettikleri hakkındaki kavram ile de ilgilidir. Kültür, din, duygu, tutum, benlik saygısı, cinsel kimlik ve fiziksel varlık hepsi kişinin cinsel ifadesine katkıda bulunur. Cinsellik çoğu kadın için cinsel anlamda fonksiyonel olabilmeyi, kendini yeterli hissetmeyi, dışılığı ve beden imajını olumlu algıladığının göstergesidir.<sup>77</sup>

İnsanlar, diğer canlılardan farklı olarak üreme dışında sadece haz almaya yönelik de cinsel davranışlar sergiler. Bu bağlamda insanın cinselliğini, cinsel duygular, fanteziler ve arzular şeklinde sergilemesi doğasının bir parçasıdır. Her insanın cinsel organ, cinsel duygular, cinsel dürtüler ve cinsel davranışları vardır. Ancak cinselliğin, her bireyin yaşamındaki yeri farklıdır. Cinselliğin ifadesi olarak sürekli yapılan faaliyetlere ya da alışkanlıklara cinsel deneyimler ya da cinsel davranışlar denmektedir. Cinsel davranışlar bir kişinin cinselliğiyle ilgili faaliyetleridir (dokunmak, öpmek ve vücudun diğer şekillerde uyarılması gibi). Bu konuda hayaller kurma, yalnızca bakışma

bile cinsel yakınlık ya da cinsel bir yaşantı anlamına gelir.<sup>78,79</sup> Görüldüğü gibi yakınlık kurma insanın bedenini, duygularını, düşüncelerini sevdiği ve güvendiği bir kişiye açmasıdır.

Cinsel fonksiyon bozukluğu ise; insan cinsel yanıt döngüsünde orgazma ulaşmada yetmezliğe yol açabilecek herhangi bir aksaklık olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, cinsel disfonksiyonu, “farklı nedenlere bağlı olarak (cinsel istek kaybı veya eksikliği, cinsel isteksizlik ve cinsel zevk eksikliği, genital cevabın başarısızlığı, orgazm disfonksiyonu...) kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi” olarak tanımlanmıştır.<sup>12</sup> Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, biyolojik, psikolojik, tıbbi, kişisel ve sosyal yönleri olan çok yönlü bir durum olarak ele alınmaktadır.<sup>13</sup>

Cinsel fonksiyon bozuklukları;

- Cinsel İstek Bozuklukları
- Cinsel Uyarılma Bozuklukları
- Orgazmla İlgili Bozukluklar
- Cinsel Ağrı Bozuklukları: Disparoni, Vajinismus
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu<sup>78,80,81</sup>

### **2.6.1. Cinsel İstek Bozuklukları**

Cinsel istek bozukluğu, uyarılma bozukluğuyla birlikte kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluklarından biridir. Araştırmalar, tedavi için başvuran her 3 hastadan 1'inde cinsel istek bozukluğu olduğunu göstermektedir.<sup>78</sup> Cinsel istek genellikle cinsel yanıt döngüsünün ilk evresi olarak değerlendirilir. İstek sadece psikolojik bir durum gibi görünse de sıklıkla hormonal dengesizlik ya da tedavi gibi fiziksel durumlardan etkilenmektedir. Kadında cinsel istek bozukluğu tanısı, sürekli ve yineleyen bir biçimde cinsel ilişki için cinsel fantezi ve isteğin olmaması veya zayıf olması durumunda konur. Herhangi bir cinsel ilişkiyi başlatmak ya da eşinin başlattığı

cinsel ilişkiye katılmada isteksiz ya da az isteklidirler. İsteğin olması çeşitli faktörlere bağlıdır. Biyolojik güdü, yeterli özgüven, cinsellikle ilgili önceki deneyimlerin olumlu olması, uygun bir cinsel eşin olması, birlikte olunan kişi ile cinsellik dışındaki alanlarda da iyi bir ilişkinin olması gibi. Bu alanların herhangi birinde sorun olması cinsel isteğin azalması ile sonuçlanabilir.<sup>14,76,78</sup>

Cinsel isteği azaltan bazı faktörler; stres, anksiyete, depresyon, ilişkilerde sorun, yaşlanma, menopoz, bazı ilaçlar, ağrı, alkol kullanma, uyuşturucu madde kullanımı, hamilelik ve laktasyon dönemleri, kronik hastalıklar, böbrek yetmezliği, nörolojik hastalıklar çocuk yetiştirme, beden imgesiyle ilgili kaygılar, hormonal dengesizlikler, hiperprolaktinemi yapan durumlar, kullanılan ilaçlar, cinsel şiddet ve cinsel travma, eşinde ya da kendisinde varolan başka cinsel işlev bozuklukları sayılabilir.<sup>14,76,78</sup>

### **2.6.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları**

“Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ısınma, kabarma tepkisi sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunu sürdürememesi” olarak tanımlanır. Cinsel istek ve orgazm sorunları ile birlikte görülebilir.<sup>78,80</sup>

Cinsel uyarılma bozuklukları nedenleri arasında; ilişki problemleri, depresyon, ilaç kullanımı, kronik hastalık, östrojen yetmezliği ve nörolojik hastalıklara (multipl skleroz gibi) bağlı ikincil olarak ortaya çıkabilir. Diğer nedenler, geçmişte cinsel tacize maruz kalmış olmak, cinsellik hakkında olumsuz duygular taşımak, ilişkiye ait problemler, özgüven azlığı, vücudunu beğenmeme ve kontrolü kaybetme korkusu sayılabilir.<sup>82</sup>

### **2.6.3. Orgazm Bozuklukları**

“Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması”dır. Bu durum ameliyatlardan sonra,

travma veya hormonal yetmezlik sonucu ortaya çıkabilir. Genelde, orgazm olamama sorunu yaşayan kadınlar cinsel ilişki yaşamayı suçluluk olarak algırlar. Cinsel aktiviteye karşı daha fazlaolumsuz tavır sergilerler. En önemli psikolojik nedenleri arasında, yetersiz ön sevişme ve cinsel uyarı, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, cinsel travmalar, tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklar, yaşlılık, menopoz, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, eşindeki erken boşalma ya da ereksiyon güclüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi, kullanılan ilaçlar, çeşitli jinekolojik ve sistemik hastalıklar, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı ve başka cinsel işlev bozukluklarının varlığı sayılabilir.<sup>14,76,78,80</sup>

#### **2.6.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları**

Cinsel ağrı bozuklukları disparoni ve vajinismus olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

**Disparoni:** Temel özelliği cinsel ilişki ile ilişkili genital ağrıdır. En sık koitus sırasında yaşansa da, cinsel ilişki öncesinde veya sonrasında da ortaya çıkabilir. Kadınlarda ağrı birleşme sırasında yüzeysel veya penis itilmesi sırasında derin olarak tanımlanabilir. Belirtilerin yoğunluğu hafif rahatsızlıktan keskin ağrıya kadar değişebilir.<sup>80</sup>

Yüzeysel disparoninin en önemli nedenleri arasında kronik enfeksiyonlar ve klitorisin irritasyonu ve aşırı duyarlılığı yer alır. Kalın himen, epizyotomi, vajinit, ilişkiye hazır olmadan başlanması nedeniyle ortaya çıkan tahriş ve menopozda ortaya çıkan vajinal atrofi yer alır. Daha derinlerde ortaya çıkan ağrı ise kısa vajina (doğumsal), sistit ve üretrit, kronik enfeksiyonlar, endometriozis, pelviste kitleler, barsak hastalıkları, genital organlarda sarkma söz konusu olabilir. Orgazm esnasında ortaya çıkan uterus kasılmaları da bazen ağrı duyulmasına neden olabilir.<sup>82</sup>

**Vajinismus:** “Vajinanın dış üçte birini çevreleyen perineal kasların tekrarlayan veya kalıcı istemsiz daralması”dır. Vajinismus, “penis, parmak, tampon veya spekulum ile vajinal penetrasyona çalışıldığında perineal kaslarda istem dışı spazm gelişmesiyle cinsel ilişkinin olanaksız ya da çok ağrılı şekilde gelmesi” olarak tanımlanabilir. Bu bozukluk genç kadınlarda, cinselliğe karşı olumsuz yaklaşımı olan kadınlarda ve cinsel kötüye kullanım yada travma hikayesi olan kadınlarda daha yaygındır.<sup>80</sup> Vajinismus olan kadınların özgeçmişinde cinsel taciz gibi ciddi bir psikolojik travma olabileceği gibi ağrılı bir jinekolojik muayene, ilk ilişkinin çok ağrılı olması gibi psikolojik travma yaratmış bir durum söz konusu olabilir.<sup>82</sup>

#### **2.6.5. Madde ve İlaç Kullanımından Kaynaklı Cinsel İşlev Bozuklukları**

Antihipertansifler, kemoterapötikler, antidepresanlar, antipsikotikler, narkotikler, sedatifler/anksiyolitikler, antiandrojenler, antiöstrojenler, oral kontraseptifler ve uyuşturucu kullanımı cinsel istek bozukluklarına neden olan durumlardır.<sup>82</sup> Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu tanısının konulabilmesi için klinik olarak cinsel fonksiyonda anlamlı rahatsızlık olması ve madde/ilaca başlandıktan ya da kesildikten sonra, doz aşımından sonra cinsel fonksiyonlarda rahatsızlık olduğuna dair kanıtların olması gerekmektedir.<sup>81</sup>

#### **2.7.İnfertilite ve Cinsel Distres**

İnfertilite ve tedavisi infertil kadınları, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz olarak etkilemektedir.<sup>83-86</sup> İnfertilite tanısı ani ve beklenmedik bir yaşam krizine neden olur ki bu durum uzun süre devam ettiğinde aşırı strese neden olur.<sup>87</sup> Çocuk sahibi olamamanın evlilik ilişkilerinde, sosyal hayat, duygusal durum, gelecek planları, benlik saygısı ve kadınların beden imajı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır.<sup>6</sup> İnfertilitenin tanı, tedavi süreci ve tedavi sonucu infertil çiftlerin endişe, korku, özellikle çiftler arasındaki olumsuz ilişkiler, benlik sayısında azalma, cinsel tatmin

eksikliği, cinsel ilişki ile ilgili olarak güven kaybı, libido azalması, öfke ve negatif duygusal etkilere neden olur.<sup>7-9</sup>

İnfertilite ile ilişkili stresin evlilik çatışmalarına, cinsel ilişki sıklığında azalmaya ve bir kadın/erkek olarak “yetersizlik” algısına neden olduğu ileri sürülmektedir.<sup>10</sup>

İnfertilite evlilik ilişkisini etkilediğinden, genellikle bunu takiben cinsel işlev ve memnuniyette bozulmalar gündeme gelmektedir.<sup>13</sup> 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 kaybolması sonunda depresif hale gelebilir. Zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide dölleme amacının olması, belli pozisyonlara yönlendirilme bunların sebepleri arasında olabilmektedir.<sup>14</sup>

Çoğu kadın azalmış seksüel fonksiyon sebebiyle stres sahibidir. Ama bu durum DSM-V ‘in seksüel fonksiyon bozuklukları içinde değerlendirilmez. Kadın Cinsel Distres Ölçeği-R, seksüel bağlantılı stresi değerlendirmek için oluşturulmuş ve kullanımı onaylanmıştır. Bu seksüel bağlantılı stres, yetersiz ve bozulmuş seksüel fonksiyon ile bağlantılıdır.<sup>88</sup>

## **2.8.İnfertilite ve Cinsel Yaşam Kalitesi**

İnfertilite cinsel yaşamda, yaşam kalitesini etkileyen majör faktörlerden birisidir. Cinselliğin insanın bireysel varlığını devam ettirmek için yaşamsal bir işlevi olmasa da, yaşam kalitesini oluşturan öğeler arasında önemli yeri vardır.<sup>15</sup> DSÖ yaşam kalitesini: “Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algılarıdır” şeklinde tanımlamıştır. Kaliteli bir cinsel yaşam; “üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen hastalık ya da sakatlıkların olmaması, cinsel tepkileri baskılayan ve insan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen korku, utanç, suçluluk, yanlış inançların olmaması,

sosyal ve kişisel etikle uyumlu üreme, cinsel davranışları kontrol edebilme ve bundan hoşnut olma durumu” olarak tanımlanmaktadır.<sup>8,9</sup>

İnfertilite süresince yaşanan yetersizlik hissi, depresyon, stres ve anksiyete, belirlenmiş zamanlarda cinsel ilişki gibi faktörler cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

### **2.9. Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesi**

Seksüel bağlantılı stres, yetersiz ve bozulmuş seksüel fonksiyon ile bağlantılıdır.<sup>88</sup> Seksüel fonksiyonlarda bozulma kadınlarda anksiyete, depresyon ve strese yol açmaktadır. Tüm bu etkenler de cinsel yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır.

### **2.10. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı**

Cinsel sağlık, insan yaşamının önemli bir parçasıdır. Çoğu kadın için cinsellik dişiliği, kendini yeterli hissetmeyi, beden imajını olumlu algıladığını gösterir. Fakat kültür, din, benlik saygısı gibi kavramlardan etkilenir. Bu nedenle kadınlardaki cinsel fonksiyon bozukluğu biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleri olan çok yönlü bir sorun olarak ele alınmalıdır.<sup>13,15,77</sup> Sonuç olarak cinsel yaşam birçok etkenden olumsuz olarak etkilenmekte ve cinsel fonksiyon bozukluğu gelişmektedir.

Cinsel fonksiyon bozukluklarında psikososyal sorunlar bazen neden bazen de sonuç olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle kadınların, kendi hastalık ve sağlıklarını nasıl algıladıkları, bu duruma nasıl tepki verdikleri ve bilgi düzeylerini anlayıp yorumlamak gerekir.

Yapılan bir çalışmada toplumsal değerler ve kültürel özellikler nedeniyle kadınların sorunun çözümüne yönelik utanmaları, isteksiz olmaları ve nereye başvurabilecekleri konusunda bilgi yetersizliği sorunun çözümsüzmüş gibi algılanmasına neden olduğu görülmüştür.<sup>89</sup>

Sağlık muayenesi sırasında kadınların bu durumu nasıl algıladıkları belirlenmelidir. Kaygılarını, endişelerini ifade etmesi için cesaretlendirilmeli, anksiyetesi giderilmeli, bilgi eksikliği olan noktalarda eğitim gereksinimleri karşılanmalıdır. Yanlış inanışlar, mitler varsa doğru bilgi verilerek düzeltilmesi sağlanmalıdır. Bu nedenle bireylerin kendilerini rahatça ifade edecekleri, yargılayıcı olmayan bir ortam sağlanmalıdır.



### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Çalışma kesitsel niteliktedir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinin İnfertilite Polikliniğinde 1 Haziran 2016-17 Ocak 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinin İnfertilite Polikliniğinde infertilite tedavisi için başvuran infertil kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 30 Haziran - 30 Eylül 2016 tarihleri arasında ilgili polikliniğe infertilite nedeniyle başvuran 198 infertil kadın oluşturmuştur. Araştırmaya alınan kadınlar olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

İlgili birime bir yıl içerisinde tüp bebek tedavisi nedeniyle başvuran infertil kadın sayısı net olarak bilinmemektedir. Bu nedenle çalışmanın örnekleme alınacak kişi sayısını belirlemek için evrendeki kişi sayısının belirsiz olduğu durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğünü hesaplama formülü kullanılmıştır.

Hedef kitledeki birey sayısı bilinmiyorsa:  $n = t^2 * p * q / d^2$

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma

Yukarıda belirtilen formüle göre;  $n = (1.96)^2 * 0.15 * 0.85 / (0.05)^2 = 195.9216$

Araştırma kapsamına alınan kadınların evreni temsil edebilmesi için en az 196 kadın alınması gerekmektedir. Hesaplanan en az sayıya (196) ulaşıncaya kadar araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

***Araştırmaya alınma kriterleri;***

- En az ilkokul mezunu olmak,
- İnfertilite tanısı alıp tedavi sürecinde olmak,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamak,
- Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsü bulunmamak

**3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri 30 Haziran - 30 Eylül 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Anket Formu”, “Kadın Cinsel Distres Ölçeği” ve “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın” kullanılmıştır. Anket ve ölçekler, araştırmacı tarafından ilgili merkeze başvuran kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Kadınların sorulara rahatça cevap vermelerini sağlayabilmek için ilgili merkezde bulunan ayrı bir odada her bir kadınla yalnız görüşülmüştür. Anketin ve ölçeklerin uygulanması her bir kadın için ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

**Veri Toplama Araçları**

**a) Anket Formu**

Literatür bilgileri<sup>18,19,107,109</sup> doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan formda kadınların sosyo-demografik ve infertilite ile ilgili özelliklerini belirleyebilecek 18 soru yer almaktadır (EK-2).

### **b) Kadın Cinsel Distres Ölçeği (FSDS-R=KCDÖ-R)**

Kadın cinsel distres ölçeği DeRogatis ve ark.<sup>90</sup> tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. 2008 yılında DeRogatis ve ark.<sup>91</sup> tarafından revize edilmiş ve on üçüncü maddenin eklenmesiyle FSDS, FSDS-R' ye dönüşmüştür. 2015 yılında Aydın ve ark.<sup>6</sup> tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. KCDÖ-R kadınlar ile ilgili cinsel sıkıntının farklı yönlerini değerlendiren 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipinde olup 0-4 puan arasında (her zaman=4, sık sık=3, ara sıra=2, nadiren=1, hiçbir zaman=0) puanlandırılmaktadır. Ölçekten minimum 0 puan, maksimum 52 puan alınabilmektedir. Ölçeğin kesme noktası 11.5'tir. 11.5 ve üstünde puan alınması cinsel distres yani cinsel disfonksiyon yaşandığını göstermektedir. KCDÖ-R'nin orijinal versiyonunun Cronbach alfa değeri 0.93'dür. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfası 0.98'dir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfası 0.90 olarak belirlenmiştir (EK- 3).

### **c) Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (SQLQ-F=CYKÖ-K)**

Ölçek, 2005 yılında Symonds ve arkadaşları<sup>92</sup> tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2010 yılında Tuğut ve Gölbaşı<sup>93</sup> tarafından yapılmıştır. Altılı likert tipinde olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde maddeler 0-5 veya 1-6 puan arasında değerlendirilmektedir. Bu araştırmada 1-6 puanlama sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5=Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) uygulanmıştır. Bu sistemde ölçekten en düşük 18 puan, en yüksek 108 puan alınabilmektedir. Ölçeğin 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddeleri ters kodlanmaktadır. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan ham puan-18) x 100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin

ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı;  $(63-18) \times 100/90=50$  olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfası 0.83'dür. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfası 0.78 olarak belirlenmiştir (EK-4).

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 18.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdellik dağılımlar, ortalama, OneWay ANOVA, independentt testi, Man Whittney U testi, Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik kurulundan etik kurul onayı alınmış (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır (EK-6). Veri toplama araçları uygulanmaya başlamadan önce kadınlara, çalışmanın amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, bilgilerin gizli kalacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar alınarak "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Genellenebilirliği**

Araştırma bulguları çalışma kapsamına alınan primer ve sekonder infertil kadınlara genellenebilir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

<b>Sosyo-Demografik Özellikler ( N= 198 )</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Yaşı</b> (ort.=29.03±5.40)		
15-24	36	18.1
25-34	127	64.1
35 ve üzeri	35	17.8
<b>Eşinin Yaşı</b> (ort.=32.56±6.20)		
15-24	7	3.5
25-34	129	65.2
35 ve üzeri	62	31.3
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim	120	60.6
Ortaöğretim	36	18.2
Üniversite ve üzeri	42	21.2
<b>Eşinin Eğitim Durumu</b>		
Okur Yazar	11	5.6
İlköğretim	74	37.4
Ortaöğretim	57	28.8
Üniversite ve üzeri	56	28.2
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışmıyor	148	74.7
Çalışıyor	37	18.7
Tedavi nedeniyle bıraktım	13	6.6
<b>Eşinin Mesleği</b>		
Memur	50	25.3
İşçi	43	21.7
Serbest Meslek	105	53.0
<b>Gelir Miktarı</b>		
1000 TL ve altı	32	16.2
1001-2000 TL	97	49.0
2001-3000 TL	31	15.6
3001 TL ve üzeri	38	19.2
<b>Aile Yapısı</b>		
Çekirdek aile	137	69.2
Geniş aile	61	30.8
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	188	94.9
Yok	10	5.1
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Köy	43	21.7
İlçe	43	21.7
İl	112	56.6
<b>Evlilik Şekli</b>		
Görücü Usulü	108	54.5
Tanışarak	90	45.5
<b>Evlilik Yılı</b> (ort.=5.99±3.77)		
1-4 yıl	87	43.9
5-9 yıl	73	36.9
10 yıl ve üzeri	38	19.2

Araştırma kapsamındaki infertil kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Kadınların %64.1’inin 25-34 yaş arasında olduğu, %60.6’sının ilköğretim mezunu olduğu ve %74.7’sinin bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin %65.2’sinin 25-34 yaş aralığında olduğu, %37.4’ünün ilköğretim mezunu olduğu ve %53’ünün serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Kadınların %49’unun ailelerinin gelir miktarının 1001-2000 TL aralığında olduğu ve %69.2’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu tespit edilmiştir. %94.9’unun sosyal güvenceye sahip olduğu, %56.6’sının il merkezinde yaşadığı, %54.5’inin görücü usulü ile evlendiği ve %43.9’unun evlilik süresinin 1-4 yıl arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Kadınların İnfertilite İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

<b>İnfertilite İle İlgili Özellikler ( N= 198 )</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>İnfertilite Türü</b>		
Primer infertilite	93	47.0
Sekonder infertilite	105	53.0
<b>Gebelik Sayısı</b>		
Yok	93	47.0
1-3	88	44.4
4 ve üzeri	17	8.6
<b>Yaşayan Çocuk Varlığı (ort.=1.43±0.79)</b>		
Yok	170	85.9
Var	28	14.1
<b>İnfertilite Süresi(ort.=3.61±2.98)</b>		
1-4 yıl	137	69.2
5-9 yıl	48	24.2
10 yıl ve üzeri	13	6.6
<b>İnfertilite Sebebi</b>		
Kadından kaynaklı	97	49.0
Erkekten kaynaklı	21	10.6
Her ikisinden kaynaklı	8	4.0
Nedeni belli değil	72	36.4
<b>Daha Önce İnfertilite Tedavisi Alma</b>		
Evet	172	86.9
Hayır	26	13.1
<b>Önceki İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebe Kalma Durumu (n=172)</b>		
Hayır	111	64.5
Evet	61	35.5
<b>Tedavi Sonrası Gebelik Sonucu (n=61)</b>		
Düşük	50	82.0
Sağlıklı çocuk	11	18.0

Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir. Kadınların %53'ünün infertilite türünün sekonder infertilite olduğu, %44.4'ünün gebelik sayısının 1-3 arasında olduğu ve %14.1'inin yaşayan çocuklarının olduğu saptanmıştır. Kadınların %69.2'sinin infertilite süresinin 1-4 yıl arasında olduğu ve %49'unun infertilite sebebinin kadının kendinden kaynaklı olduğu saptanmıştır. Tedavi özgeçmişine bakıldığında %86.9'unun daha önce infertilite tedavisi aldığı, tedavi gören kadınların tedavi sonrası %64.5'inde gebelik oluşmadığı ve gebelik oluşmaların ise %82'sinin gebeliğinin düşükle sonuçlandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3.** Cinsel Yaşam Kalitesi ve Cinsel Distres Ölçeklerinden Alınabilecek ve Alınan En Yüksek ve En Düşük Puanlar ile Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Puanlar	Alınan En Yüksek ve En Düşük Puanlar	Alınan Puan Ortalamaları X±SS
CYKÖ-K	100-0	97-27	71.79±19.46
KCDÖ-R	52-0	34-0	10.37±9.01

CYKÖ-K ve KCDÖ-R'den alınabilecek en yüksek ve en düşük puanlar ile kadınların aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.3'te verilmiştir. Kadınların CYKÖ-K'dan aldıkları toplam puan ortalamasının 71.79±19.46 olduğu ve KCDÖ-R'den aldıkları toplam puan ortalamasının 10.37±9.01 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Kadınların KCDÖ-R Puan Aralıklarına Göre Dağılımı (N=198)

KCDÖ-R Puan Aralıkları	Sayı	%
11.5' den düşük (Cinsel Distres yok)	94	47.5
11.5'den yüksek (Cinsel Distres var)	104	52.5

Kadınların KCDÖ-R puan aralıklarına göre dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Buna göre kadınların %52.5'inin KCDÖ-R puan ortalamasının 11.5 ve üzeri olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Cinsel Distres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Test ve P Değeri
<b>Yaşı</b>		
15-24	10.63±9.33	F=3.418
25-34	9.71±8.84	<b>P=0.035</b>
35 ve üzeri	14.17±8.77	
<b>Eşinin Yaşı</b>		
15-24	10.42±12.63	KW=7.142
25-34	9.15±8.77	<b>P=0.028</b>
35 ve üzeri	12.91±8.97	
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim	13.08±8.98	F=20.463
Ortaöğretim	9.08±7.42	<b>P=0.000</b>
Üniversite ve üzeri	3.76±6.42	
<b>Eşinin Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	13.00±8.63	KW=32.446
İlköğretim	14.09±8.83	<b>P=0.000</b>
Ortaöğretim	10.36±8.19	
Üniversite ve üzeri	4.96±7.46	
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışmıyor	11.43±8.75	KW=16.349
Çalışıyor	5.16±8.55	<b>P=0.000</b>
Tedavi nedeniyle bıraktım	13.15±8.38	
<b>Eşinin Mesleği</b>		
Memur	3.94±6.51	F=20.600
İşçi	13.11±9.43	<b>P=0.000</b>
Serbest Meslek	12.32±8.43	
<b>Gelir Miktarı</b>		
1000 TL ve altı	13.28±9.53	F=13.384
1001-2000 TL	12.47±8.17	<b>P=0.000</b>
2001-3000 TL	9.80±9.27	
3001 TL ve üzeri	3.05±6.27	
<b>Aile Yapısı</b>		
Çekirdek aile	9.49±8.81	t=-2.046
Geniş aile	12.36±9.21	<b>P=0.043</b>
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	10.16±8.84	U=739.500
Yok	14.40±11.52	P=0.248
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Köy	13.16±8.05	F=4.860
İlçe	11.97±9.67	<b>P=0.009</b>
İl	8.69±8.79	
<b>Evlilik Şekli</b>		
Görücü Usulü	14.06±8.65	t= 7.144
Tanışarak	5.98±7.31	<b>P=0.000</b>
<b>Evlilik Yılı</b>		
1-4 yıl	6.72±8.56	F=14.546
5-9 yıl	13.08±8.47	<b>P=0.000</b>
10 yıl ve üzeri	13.55±8.12	

İnfertil kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Cinsel Distres Ölçeği (KCDÖ-R) puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5.'te verilmiştir. Kadınların ve eşlerinin yaşlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine, çalışma durumlarına, gelir miktarlarına, aile yapısına, yaşadıkları yere, evlilik şekline ve evlilik süresine göre KCDÖ-R puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Kadınların sosyal güvencelerinin bulunma durumuna göre KCDÖ-R puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Kadınların İnfertilite İle İlgili Özelliklerine Göre Kadın Cinsel Distres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İnfertilite İle İlgili Özellikler	$\bar{X}\pm SS$	Test ve P Değeri
<b>İnfertilite Türü</b>		
Primer infertilite	12.75±8.78	t=-4.091
Sekonder infertilite	7.69±8.55	<b>P=0.000</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>		
Yok	12.81±9.12	KW=16.558 <b>P=0.000</b>
1-3	12.41±6.95	
4 ve üzeri	7.69±8.55	
<b>Yaşayan Çocuk Varlığı</b>		
Yok	10.75±9.17	U=2317.000
Var	10.31±9.01	P=0.819
<b>İnfertilite Süresi</b>		
1-4 yıl	8.78±9.27	KW=13.420 <b>P=0.001</b>
5-9 yıl	13.70±7.33	
10 yıl ve üzeri	14.84±7.28	
<b>İnfertilite Sebebi</b>		
Kadından kaynaklı	11.94±8.98	KW=10.372 <b>P=0.016</b>
Erkekten kaynaklı	12.42±9.07	
Her ikisinden kaynaklı	9.25±7.83	
Nedeni belli değil	7.79±8.69	
<b>Daha Önce İnfertilite Tedavisi Alma</b>		
Evet	10.52±8.87	U=1990.500
Hayır	9.38±10.01	P=0.359
<b>İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebe Kalma</b>		
Hayır	13.60±8.68	t= 3.464
Evet	8.83±8.55	<b>P=0.001</b>
<b>Tedavi Sonrası Gebelik Sonucu</b>		
Düşük	13.84±8.51	U=260.000
Sağlıklı çocuk	12.54±9.74	P=0.777

Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerine göre Cinsel Distres Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Kadınların infertilite türüne, gebelik sayısına, infertilite süresine, infertilite sebebine, önceki infertilite tedavisi sonrası gebe kalma durumuna göre KCDÖ-R puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yaşayan çocuk varlığına, daha önce infertilite tedavisi alma durumuna ve önceki alınan tedavi sonrası gebelik sonucuna göre KCDÖ-R puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7.** Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	$\bar{X}\pm SS$	Test ve P Değeri
<b>Yaşı</b>		
15-24	73.79±17.79	F=4.020 <b>P=0.019</b>
25-34	73.52±18.78	
35 ve üzeri	63.46±21.76	
<b>Eşinin Yaşı</b>		
15-24	73.01±15.25	KW=17.054 <b>P=0.000</b>
25-34	75.73±18.43	
35 ve üzeri	63.45±19.60	
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim	65.23±19.97	F=25.928 <b>P=0.000</b>
Ortaöğretim	75.70±15.55	
Üniversite ve üzeri	87.19±8.61	
<b>Eşinin Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	64.84±19.95	KW=48.937 <b>P=0.000</b>
İlköğretim	61.59±19.90	
Ortaöğretim	73.78±16.86	
Üniversite ve üzeri	84.62±12.17	
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışmıyor	69.00±19.16	KW=19.950 <b>P=0.000</b>
Çalışıyor	82.10±19.52	
Tedavi nedeniyle bıraktım	74.27±12.13	
<b>Eşinin Mesleği</b>		
Memur	84.62±12.89	F=19.339 <b>P=0.000</b>
İşçi	62.73±21.12	
Serbest Meslek	69.39±18.44	
<b>Gelir Miktarı</b>		
1000 TL ve altı	65.17±17.99	F=12.103 <b>P=0.000</b>
1001-2000 TL	67.96±18.96	
2001-3000 TL	71.82±20.88	
3001 TL ve üzeri	87.13±11.89	

<b>Aile Yapısı</b>		
Çekirdek aile	73.99±18.65	t=2.329
Geniş aile	66.84±20.48	<b>P=0.022</b>
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	72.23±19.56	U=651.500
Yok	63.55±16.54	P=0.102
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Köy	65.81±19.93	F=5.584
İlçe	67.54±20.49	<b>P=0.004</b>
İl	75.72±18.07	
<b>Evlilik Şekli</b>		
Görücü Usulü	63.79±20.15	t= -7.334
Tanışarak	81.39±13.40	<b>P=0.000</b>
<b>Evlilik Yılı</b>		
1-4 yıl	80.44±16.94	F=19.315
5-9 yıl	66.86±18.27	<b>P=0.000</b>
10 yıl ve üzeri	61.46±19.14	

İnfertil kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir. Kadınların ve eşlerinin yaşlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine, çalışma durumlarına, gelir miktarlarına, aile yapısına, yaşadıkları yere, evlilik şekline ve evlilik süresine göre CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Kadınların sosyal güvencelerinin bulunma durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Kadınların İnfertilite İle İlgili Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>İnfertilite İle İlgili Özellikler</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Test ve P Değeri</b>
<b>İnfertilite Türü</b>		
Primer infertilite	66.81±20.55	t=4.018
Sekonder infertilite	74.41±16.53	<b>P=0.000</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>		
Yok	65.88±16.76	KW=14.125 <b>P=0.001</b>
1-3	66.99±21.29	
4 ve üzeri	77.41±16.53	
<b>Yaşayan Çocuk Varlığı</b>		
Yok	68.25±22.35	U=2169.500
Var	72.37±18.95	P=0.453
<b>İnfertilite Süresi</b>		
1-4 yıl	75.75±19.74	KW=26.803 <b>P=0.000</b>
5-9 yıl	64.65±14.30	
10 yıl ve üzeri	56.41±19.04	
<b>İnfertilite Sebebi</b>		
Kadından kaynaklı	71.48±15.94	KW=9.817 <b>P=0.020</b>
Erkekten kaynaklı	68.23±19.88	
Her ikisinden kaynaklı	77.50±19.28	
Nedeni belli değil	76.04±19.21	
<b>Daha Önce İnfertilite Tedavisi Alma</b>		
Evet	71.02±19.91	U=1930.000
Hayır	76.92±15.57	P=0.955
<b>Önceki İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebe Kalma</b>		
Hayır	63.13±2072	t=4.018
Evet	75.35±18.12	<b>P=0.000</b>
<b>Tedavi Sonrası Gebelik Sonucu</b>		
Düşük	62.46±20.37	U=250,000
Sağlıklı çocuk	66.16±23.06	P=0.639

Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8.'de verilmiştir. Kadınların infertilite türüne, gebelik sayısına, infertilite süresine, infertilite sebebine, önceki infertilite tedavisi sonrası gebe kalma durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yaşayan çocuk varlığına, daha önce infertilite tedavisi alma durumuna ve önceki alınan tedavi sonrası gebelik sonucuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.8.)

Kadınların KCDÖ-R puan aralıklarına göre CYKÖ-K puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; KCDÖ-R puan ortalaması 11.5'den düşük olan yani cinsel distres yaşamayan kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının  $86.70 \pm 8.06$  olduğu, 11.5'den yüksek olan yani cinsel distres yaşayan kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının  $58.32 \pm 16.73$  olduğu belirlenmiş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.9.)

**Tablo 4.9.** Kadınların Cinsel Distres Ölçeği Puan Aralıklarına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması (N=198)

KCDÖ-R Puan Aralıkları	$\bar{X} \pm SS$	Test ve P Değeri
11.5' den düşük (Cinsel distres yok)	$86.70 \pm 8.06$	$t=15.424$
11.5' den yüksek (Cinsel distres var)	$58.32 \pm 16.73$	<b>P=0.000</b>

Kadınların Cinsel Distres Ölçeği (KCDÖ-R) puan ortalaması ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 4.10.'da verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; Cinsel Distres Ölçeği (KCDÖ-R) puan ortalaması ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. ( $r = -.827$ ,  $p < 0.001$ ) (Tablo 4.10.)

**Tablo 4.10.** Cinsel Distres Ölçeği Puan Ortalaması ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (N=198)

ÖLÇEKLER	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K)
Cinsel Distres Ölçeği (KCDÖ-R)	$r$
	$p$

\* $p < 0.001$

## 5. TARTIŞMA

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır. KCDÖ-R'nin kesme puanı 11.5 olmakla birlikte, ölçekten alınabilecek puanlar (0-52) dikkate alındığında, araştırma kapsamına alınan kadınların ölçek puan ortalaması  $10.37 \pm 9.01$ 'dir. Buna göre cinsel distres düzeylerinin düşük olduğu ancak kadınların %52.5'inin puan ortalamasının ölçek kesme noktasının üzerinde olduğu yani kadınların yarısının cinsel distres yaşadığı belirlenmiştir. Çalışma bulgularına benzer şekilde Algül ve Aksu'nun<sup>94</sup> infertil kadınlarla yaptığı bir çalışmada cinsel işlev bozukluğunu belirlemeye yönelik farklı bir ölçek (kesme noktası 11) kullanılmış olup, infertil kadınların %82.7'sinde cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır. Literatürde farklı ölçekler kullanılarak yapılmış çalışmalarda da infertil kadınların cinsel disfonksiyon puan ortalamalarının fertil kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>95,96,97</sup> Ancak Alihocagil Emeç ve ark.'nın<sup>98</sup> fertil ve infertil kadınların cinsel fonksiyon bozukluğunu karşılaştırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, iki grupta da cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. İnfertilitenin tedavi sürecinde, çiftin cinsel yaşamı sağlık personelleri tarafından yönetilir. Bu durumda zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide sadece dölleme amacının olması, belli pozisyonlara yönlendirilme, cinsel ilişkiyi adeta gözlem ve baskı altında yaşadıklarını hissetme çiftlerin cinsel yaşamında sorun yaşamasına, cinsel olarak kendini yetersiz hissetmeye, evlilik ve cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilginin kaybolmasına, cinsellikten bilinçli kaçınmaya veya cinsel ilişkide başarısızlıklara neden olabilmektedir.<sup>7-10,14</sup> Çalışma kapsamına alınan infertil kadınların infertilitenin tedavi sürecinde belirtilen sorunları yaşamalarına bağlı cinsel distres yaşadıkları söylenebilir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeyleri cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile ölçülmüş olup, ilgili ölçekten 0-100 puan alınmakta, puanların

yükselmesi cinsel yaşam kalitesinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Kadınların Cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamasına göre (71.79±19.46) kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. İnfertilite süresince cinsellikle ilgili yaşanabilecek bir takım sorunlar cinsel yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak literatürde genç yaşta olma, evlilik ve infertilite süresinin kısa olması, sekonder infertilite gibi faktörlerle yüksek cinsel yaşam kalitesi düzeyleri arasında önemli düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda ise ileri yaşta olan, evlilik ve infertilite süresi uzun olan bireylerin infertiliteden daha fazla etkilendiği bildirilmiştir.<sup>99,100,120</sup> Bu çalışmada da çalışma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun genç yaşta olması, sekonder infertil olmaları, evlilik ve infertilite sürelerinin çoğunluğunun kısa olması nedeniyle infertilite sürecinden psikolojik olarak pek fazla etkilenmedikleri ve evlilik ilişkilerinde çok fazla sorun yaşamadıkları buna bağlı olarak da cinsel yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmada kadınların ve eşlerinin yaşlarının cinsel distres düzeylerini etkilediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). 35 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınların ve eşlerinin diğer yaş gruplarına göre cinsel distres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve yaşları arttıkça cinsel distres düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Çayan ve ark.<sup>101</sup>'nin yapmış oldukları çalışmada ilerleyen yaşın CFB riskini arttırdığı belirtilmiştir. Yaralı ve Hacıoğlu'nun<sup>103</sup> çalışmasında 40 yaş ve üzeri kadınlarda CFB görülme oranının yüksek olduğu belirtilmiştir. Yaş fertilitiyi etkileyen temel faktörlerden birisidir<sup>1</sup>. İnfertil çiftlerde kadının ve eşinin yaşının artmasının çocuk sahibi olma umutlarının giderek azalmasına yol açar. Zamanla kadında gebe kalamamaya karşı oluşan yetersizlik, kadınları psikolojik olarak da etkiler. Nuri Tural<sup>120</sup> çalışmasında infertil

kadınların infertiliteden psikolojik olarak olumsuz etkilenme düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. İlerleyen yaşla birlikte çocuksuz geçirilen süre uzadıkça çiftler hem psikolojik olarak daha fazla olumsuz etkilendikleri için hem de cinsellik sadece çocuk sahibi olmak için yapılan bir eyleme dönüştüğü için kadınların cinsel yaşamlarını etkileyerek cinsel distrese yol açtığı düşünülebilir.

Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin cinsel distres düzeylerini etkilediği bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Araştırmada ilköğretim mezunu olan kadınların diğer eğitim gruplarına göre cinsel distres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve eğitim düzeyi yükseldikçe cinsel distres düzeylerinin düştüğü görülmüştür. Tashbulatova ve ark.<sup>97</sup>'nin ve Yaralı ve Hacıoğlu'nun<sup>103</sup> yapmış oldukları çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça, CFB görülme oranının azaldığı belirtilmiştir. Eğitim düzeyinin CFB için risk oluşturduğu ve yapılan çalışmalarda da düşük eğitim seviyesinin CFB'yi artırdığı bildirilmiştir.<sup>14,102</sup> Eğitim düzeyi arttıkça kadınların ve eşlerinin infertilitenin tanı-tedavi sürecinin zorluklarına yönelik farkındalığının ve algılama düzeyinin de artmasının cinsel distres yaşamalarını önlediği veya cinsel sorunlarla baş etme güçlerini artırdığı söylenebilir.

Kadınların çalışma durumlarının ve eşlerinin mesleklerinin cinsel distres düzeylerini etkilediği bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Tedavi nedeniyle çalışmayı bırakan ve eşi işçi olarak çalışan kadınların cinsel distres düzeylerinin yüksek olduğu, bir işte çalışan ve eşi memur olarak çalışan kadınların cinsel distres yaşamadıkları bulunmuştur. Çalışma bulgularına benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da, çalışmayan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının daha sık olduğu bildirilmiştir.<sup>102-104</sup> Çiftlerin gelir getiren bir işte çalışması ailenin ekonomik durumunu doğrudan etkiler ve ekonomik güce sahip olmayı sağlar. Ekonomik güç, çiftlerin infertilitenin tanı-tedavi

sürecinde ekonomik bir sorun yaşamalarını ve ekonomik zorluklar nedeniyle evlilik ilişkilerinde bozulmayı önleyerek cinsel distres yaşamalarını engellediği söylenebilir.

İnfertil kadınların ailelerinin aylık gelir düzeyinin de cinsel distres düzeylerini etkilediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Aile gelir düzeyi 1000 TL'nin altında olan kadınların cinsel distres düzeylerinin yüksek olduğu, 2001 TL ve daha üzeri gelir düzeyine sahip kadınların cinsel distres yaşamadıkları bulunmuştur. Yapılan çalışmalar gelir düzeyindeki azalmanın cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açtığını bildirmektedir.<sup>14,101,103,105</sup>

Kadınların yaşadıkları aile tipinin cinsel distres düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Geniş ailede yaşayan kadınların cinsel distres düzeylerinin yüksek olduğu, çekirdek ailede yaşayan kadınların ise cinsel distres yaşamadığı belirlenmiştir. Aile yapısının kalabalık olması, infertilitenin tedavi süresince belirli zamanlarda cinsel ilişkide bulunulması vb. gibi cinsel yaşamda bir takım değişikliklerin gerekliliği nedeniyle, geniş aile yapısında olanların cinsel yaşamları olumsuz etkilendiği için cinsel distres yaşanıyor olabilir.

Kadınların yaşadıkları yerleşim yerinin cinsel distres düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve köyde yaşayan kadınların cinsel distres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle kırsal kesimde geleneksel toplumlarda yaşayan infertil kadınlar çocuk sahibi olamamalarına yönelik aile büyüklerinin ve sosyal çevrelerinin sürekli baskılarına maruz kalmakta, toplum tarafından beklenen rollerin yerine getirilememesi nedeniyle toplumdan dışlanmakta ve hatta eşlerinin başka bir kadınla (kuma) evlenerek çocuk sahibi olmasına katlanmak zorunda bırakılmaktadır.<sup>105-107</sup> Bu durumlar, çiftlerin arasındaki sevgi ne kadar derin olursa olsun çoğu kez onları mutsuzluğa iter, ailesel anlaşmazlıklar yaratır, evlilik ilişkilerini olumsuz etkiler, çiftler arasına soğukluk girmesine ve cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir.<sup>108-110</sup>

Kadınların evlenme şekillerinin cinsel distres düzeylerini etkilediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Görücü usulü ile evlenen kadınların cinsel distres düzeylerinin yüksek olduğu fakat tanışarak evlenen kadınların cinsel distres yaşamadıkları tespit edilmiştir. Tashbulatova<sup>14</sup>'nin yaptığı çalışmadaki infertil kadınların çoğunun, görücü usulü ile evlendiği belirlenmiş ve görücü usulü ile evlenenlerde daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşandığı bildirilmiştir. Yaralı ve Hacıoğlu'nun<sup>103</sup> çalışmasında eşi ile anlaşarak evlenen kadınlarda görücü usulü evlenen kadınlara göre CFB görülme oranının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kadınların evlilik sürelerinin cinsel distres düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ), 10 yıl ve daha fazla süre evli olan kadınların cinsel distres düzeylerinin daha yüksek olduğu fakat 1-4 yıl evli olanların cinsel distres yaşamadıkları bulunmuştur. Yaralı ve Hacıoğlu'nun<sup>103</sup> çalışmasında evlilik süresi 1-5 yıl olan kadınlarda CFB görülme oranının düşük olduğu bulunmuştur. Evlilik süresi arttıkça çocuk sahibi olamama süresi de dolaylı olarak artmaktadır. Bu sürenin uzaması çocuk sahibi olma umutlarının giderek azalmasına, çiftlerin evlilik ilişkilerinde anlaşmazlıkların artmasına ve cinsel distres yaşanmasına yol açtığı düşünülebilir.

Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin cinsel distres düzeylerine etkisine bakıldığında; infertilite türünün ve gebelik sayılarının cinsel distres düzeylerini etkilediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Daha önce hiç gebelik geçirmeyen primer infertil kadınların cinsel distres düzeylerinin yüksek olduğu, daha önce dört veya daha fazla gebelik geçiren sekonder infertil kadınların ise cinsel distres yaşamadıkları belirlenmiştir. Sekonder infertil kadınların daha önceden bir gebelik geçirmesinin infertilitenin tanı-tedavi sürecinin zorluklarıyla başetmeyi kolaylaştırdığı ve infertilitenin evlilik ilişkilerini çok fazla etkilemediği, aksine primer infertil kadınlarda daha önce herhangi bir gebelik oluşmamasının kadınları daha fazla strese sokarak

evlilik ilişkilerini ve cinsel ilişkilerini olumsuz etkileyerek cinsel distrese neden olduğu söylenebilir.

Kadınların infertilite süresinin cinsel distres düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve infertilite süresi 10 yıl veya daha fazla olan kadınların cinsel distres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocuksuz geçen süre arttıkça, kadınlardaki olumsuz düşüncelerin artması ve gebe kalmaya ilişkin umutların azalmasının, çiftlerin yaşadıkları stresin artmasına, evlilik ilişkilerinin bozulmasına ve bu nedenle de cinsel distres yaşanmasına yol açtığı düşünülebilir.

İnfertilite nedeninin cinsel distres düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve infertilite nedeni eşinden kaynaklanan kadınların cinsel distres düzeylerinin daha yüksek olduğu, infertilite nedeni belli olmayan veya infertilite nedeni hem kadının kendinden hem de eşinden kaynaklanan kadınların ise cinsel distres yaşamadığı belirlenmiştir. Erkek kaynaklı infertilite olgularında erkeklerde başarısızlık duygusu, cinsel yetersizlik, güç kaybı gibi düşüncelerin ortaya çıkabileceği ve bu durumun cinsel işlevleri olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir.<sup>111</sup> Erkeğin cinsel fonksiyonunun çiftin seksüel fonksiyonunun önemli bir göstergesi olduğu göz önünde bulundurulduğunda infertilite nedeni eşinden kaynaklanan kadınların eşinde ortaya çıkan bu sorunlardan dolayı cinsel ilişkilerinin olumsuz etkilendiği ve cinsel distres yaşadıkları söylenebilir.

Kadınların önceki infertilite tedavisi sonrası gebe kalma durumunun cinsel distres düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve önceki tedavi sonucu gebe kalamayan kadınların cinsel distres düzeylerinin yüksek olduğu, gebe kalan kadınların ise cinsel distres yaşamadığı belirlenmiştir. Başarısız tedavi öyküsü olan kadınlarda maruz kalınan işlemlere rağmen gebelik gerçekleşmemesi gebe kalma umutlarının azalmasına, ruhsal sorunlara, evlilik ilişkilerinde bozulmaya ve cinsel distrese yol açtığı düşünülebilir.

Kadınların ve eşlerinin yaşlarının cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve yaş ilerledikçe cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Araştırmada hem kendileri hem de eşleri 35 yaş ve üzerinde olan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada ilerleyen yaşın CFB görülme oranını artırdığı ve cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.<sup>105,112</sup> Çayan ve ark.<sup>101</sup>'nin yapmış olduğu bir çalışmada 38-47 yaş grubunda CFB oranının %53.5 olduğu bildirilmiştir. Yaralı ve Hacıoğlu'nun<sup>103</sup> çalışmasında 40 yaş ve üzeri kadınlarda cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu belirtilmiştir. İnfertil çiftin tedavi sürecinde çocuk sahibi olamayacağını kesin olmaması ve gelecekte yaşın artmasına bağlı gebe kalamama riski ile karşılaşma endişesi nedeniyle kadınların yaşları ilerledikçe evlilik ilişkilerinin olumsuz etkilendiği ve cinsel yaşam kalitelerinin de düştüğü düşünülebilir.

Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin, eşlerinin mesleklerinin, cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve eğitim düzeyi yükseldikçe cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür. Araştırmada üniversite ve üzeri gruptaki bireylerin diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde eşi memur olarak çalışan kadınların diğer meslek gruplarına oranla daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Tashbulatova ve ark.<sup>97</sup> ve Yaralı ve Hacıoğlu'nun<sup>103</sup> yapmış oldukları çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça CFB görülme oranının azaldığı saptanmıştır. Kırço Çoban ve ark.<sup>95</sup> ile Güleç ve ark.<sup>113</sup> yaptıkları çalışmalarda ise eğitim düzeyinin cinsel işlev sorunu yaşanma durumunu anlamlı derecede etkilemediği ancak eğitim düzeyi arttıkça cinsel işlev sorunlarının azaldığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda düşük eğitim seviyesinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.<sup>101,112</sup> Bu durum eğitim düzeyi arttıkça kadınların ve eşlerinin

farkındalığının ve algılama düzeyinin de artması, infertiliteye ve cinselliğe karşı daha pozitif yaklaşımları nedeniyle CFB riskinin daha az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Kadınların çalışma durumlarının cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve çalışan kadınların genel olarak cinsel yaşam kalitelerinin çalışmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularına benzer şekilde Tashbulatova ve ark.<sup>97</sup>'in farklı bir ölçek kullanarak yaptıkları çalışmasında, çalışan kadınlarda CFB görülme oranı, çalışmayanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Yine çalışma bulgularına benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda, çalışmayan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının daha sık olduğu bildirilmiştir.<sup>102-104</sup> Elnashar ve ark.<sup>114</sup>'ü Mısırlı kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada çalışma durumunun cinsel yaşamı olumsuz etkilemediğini bildirmiştir. Kadınların gelir getiren bir işte çalışmaları ekonomik güce sahip olmalarını sağlar. Ekonomik gücü olan kadın hem infertilitenin tanı-tedavi sürecindeki finansmanını daha iyi sağlayabilir hem de toplum baskısına daha az maruz kalır. Bu durumlarda daha az ruhsal sorun yaşayacağı, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşam kalitesinin çok fazla etkilenmeyeceği söylenebilir.

Ailenin gelir düzeyinin cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve aile gelir düzeyi düşük olanların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin de düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularına benzer şekilde Tashbulatova<sup>14</sup>'nın infertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörleri araştırdığı çalışmasında gelir düzeyindeki azalmanın cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olduğunu bildirmektedir. Çayan ve ark'<sup>101</sup> ve Öksüz<sup>104</sup>'ün yapmış oldukları çalışmalarda da gelir düzeyi düşük olanlarda CFB yakınmalarının arttığı bildirilmiştir. Ancak Elnashar ve ark.<sup>114</sup> çalışmalarında gelir düzeyinin cinsel yaşam üzerinde olumsuz etkisinin olmadığını bildirmiştir.

Kadınların yaşadıkları aile tipinin cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve geniş ailede yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularına benzer şekilde Yaralı ve Hacıoğlu'nun<sup>103</sup> yapmış oldukları çalışmada geniş ailede yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Kadınların kalabalık ailede yaşaması nedeniyle, infertilite sürecinin gerektirdiği şekilde cinsel yaşamlarını şekillendiremedikleri, düşük cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin de bu durumdan kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Kadınların yaşadıkları yerleşim yerinin cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve il merkezinde yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. İl merkezinde yaşayan kadınların infertilite ile ilgili kaynaklara ve eğitim-danışmanlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyor olması, tutum ve davranışlarına etki ederek cinsel yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Kadınların evlenme şekillerinin cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve tanışarak evlenen kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tashbulatova<sup>147</sup>'nin farklı bir ölçek kullanarak yaptığı çalışmasında infertil kadınların çoğunun, görücü usulü ile evlendiği belirlenmiş ve görücü usulü ile evlenenlerin cinsel birleşme sırasında daha sık rahatsızlık yaşadığı bildirilmiştir. Yaralı ve Hacıoğlu'nun<sup>103</sup> çalışmasında eşi ile anlaşarak evlenen kadınlarda görücü usulü ile evlenen kadınlara göre CFB görülme oranının daha düşük, cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat Güleç ve ark.<sup>113</sup> yaptıkları çalışmada görücü usulü ile evlenme ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir. Görücü usulü ile evlenen yani evlenmeden önce aralarında duygusal bir bağ olmayan çiftlerin evlilik sonrası çocuk sahibi olmak istemeleri ve sonucunda

infertilite tanısı almaları çiftlerin birbirini yeterince tanımadan, aralarında duygusal bağ oluşmadan infertilite gibi bir yaşam krizi ile karşılaşmaları bu tür çiftlerin evliliklerinde daha fazla sorun yaşanmasına, çiftlerin birbirlerini suçlama eğilimlerinin daha fazla olmasına neden olabilir. Bu tarz olumsuz durumların yaşanması çiftlerin cinsel ilişkilerini de etkileyerek cinsel sorunlara neden olarak cinsel yaşam kalitesinde düşmeye sebep olabilir.

Kadınların evlilik sürelerinin cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve 1-4 yıl arası evlilik süresine sahip olan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evlilik süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin de azaldığı belirlenmiştir. Yaralı ve Hacıalioğlu'nun<sup>103</sup> çalışmasında evlilik süresi 1-5 yıl olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Güleç ve ark.<sup>111</sup> yapmış oldukları çalışmada evlilik süresi arttıkça cinsel ilişkinin niteliğinde bozulma olduğunu bildirmiştir. Tashbulatova ve ark'nın<sup>97</sup> yapmış olduğu çalışmada evlilik süresinin CFB üzerine anlamlı bir etkisi olmadığını bildirmiştir. İnfertilite varlığında cinsellik üreme fonksiyonunun gerisinde kalarak, benlik hissinde azalma, kendini yetersiz hissetme, suçluluk duygusuna ve yaşamın birçok alanına yayılan çok sayıda sorunun ortaya çıkmasına yol açmaktadır.<sup>109</sup> İnfertilite evlilik ilişkisini etkilediğinden, genellikle bunu takiben cinsel işlev ve memnuniyette bozulmalar gündeme gelmektedir.<sup>97</sup> Yapılan bir araştırmada infertil çiftlerde ilişki sıklığının azaldığı ve bu azalmanın infertilite süresi arttıkça daha da belirginleştiği gösterilmiştir.<sup>113</sup> Bu nedenle evlilik süresi uzadıkça dolaylı olarak infertilite süresi de uzamakta ve cinsellikle ilgili yaşanan sorunların artması cinsel yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilir.

Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin cinsel yaşam kalitesi düzeylerine etkisine baktığımızda; infertilite türünün ve gebelik sayısının cinsel yaşam kalitesi

düzelelerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve daha önce hiç gebelik geçirmeyen primer infertil kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Primer infertil kadınlarda hiç gebelik oluşmaması, gebe kalma inançlarının ve çocuk sahibi olabilme umutlarının azalmasına yol açtığından cinsel yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuş olabilir.

Kadınların infertilite süresinin cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). İnfertilite süresi 1-4 yıl arasında olan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak infertilite süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Çalışma bulgularına benzer şekilde İris ve ark.<sup>114</sup> farklı bir ölçek kullanarak yaptığı çalışmada infertilite süresi ve birliktelik süresi arttıkça cinsel fonksiyon puan ortalamalarında düşüş görölmüştür. Kıro oban ve Din'in<sup>95</sup> yapmış oldukları çalışmada infertilite süresi ve cinsel işlev arasında bir ilişki bulunmamıştır. Tokmak ve arkadaşlarının<sup>117</sup> yapmış oldukları çalışmada infertilite süresi ile cinsel disfonksiyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. İnfertilite süresi arttıkça, kadınların gebelik beklentilerinin azalması, tedavi için gerekli işlemlere sürekli maruz kalması ve sonuç alamaması, kadınlarda yetersizlik ve umutsuzluk duygularının gelişmesine neden olabilir. Tüm bu durumların cinsel yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği düşünölebilir.

İnfertilite sebebinin cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve infertilite sebebi eşinden kaynaklanan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda erkek faktörlü infertilite nedeniyle başvuran erkeklerde depresyon insidansı fertil olan erkeklere ya da kadın faktörlü infertilite sorunu yaşayan erkeklere göre daha fazladır.<sup>118,119</sup> İnfertiliteye bağlı yaşanan sürekli endişe, inhibitör sınırları uyarıp, penisteki düz kasların gevşemesini önleyerek kısmi ya da tam ereksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir.<sup>117</sup> Erkeğin bu veya buna

benzer cinsel işlev bozuklukları yaşamaları, eşiyle olan cinsel ilişkilerini etkileyebilir dolayısıyla kadının da cinsel yaşam kalitesini bozabilir.

Kadınların önceki infertilite tedavisi sonrası gebe kalma durumunun cinsel yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği ( $p<0.05$ ) ve gebe kalamayan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. İslimye Taşkın<sup>120</sup>'ın yapmış olduğu çalışmada önceden başarısız tedavi öyküsü olan kadınların depresyon skorlarında artış görülürken, ilk kez başvuran daha önce hiç tedavi almamış kadınlarda depresyon skorları düşük bulunmuştur.

Cinsel distres ölçeği kesme noktasına göre (11.5) cinsel distres yaşamayan ( $<11.5$ ) kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin, cinsel distres yaşayan ( $>11.5$ ) kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinden daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ), ayrıca kadınların cinsel distres yaşama düzeyleri arttıkça cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. İnfertilite durumunda cinsellik üreme fonksiyonunun ötesine geçerek, benlik saygısında azalma, kendini yetersiz hissetme, suçluluk gibi duyguların yaşanmasına, yaşamın birçok alanına yayılan pek çok sorunun oluşmasına neden olmaktadır.<sup>122,123</sup> İnfertilite evlilik ilişkisini etkilediğinden, genellikle bunu takiben cinsel işlev ve memnuniyette bozulmalar gündeme gelmektedir.<sup>14</sup>

İnfertilitenin tanı-tedavi süreci duygusal olarak rahatsız edici olmakla birlikte, çiftleri cinsel açıdan da rahatsız eden bir durumdur. Tedavi sürecinde cinsellik sadece çocuk sahibi olmak için yapılan bir eyleme dönüşebilir. Özellikle belli zamanlarda yaşanması önerilen cinsel ilişkiler kişiler tarafından ödev gibi algılanmaya başlanır. İnfertil birey kendini cinsel olarak yetersiz hissedebilir, ilişkiden duyduğu haz kaybolabilir. İnfertilitenin tanılanma sürecinde yapılması gereken testler bireyleri olumsuz etkileyerek cinsel isteksizliğe neden olabilir. Çiftlerin anamnezleri alınırken çiftlere birleşme teknikleri, seksüel istek ve cevaplar, birleşme sırasındaki rahatsızlıklar,

seks ve üreme konusundaki bilgileri gibi seksüel performansları ile ilgili sorular sorulmaktadır. Böyle sorular çiftler tarafından rahatsızlık verici olabilmektedir. Bazı vakalarda seksüel yeterlilik üzerine odaklanan sorular, zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide döllenme amacının olması, belli pozisyonlara yönlendirilme zamanla cinsel ilişki sıklığında azalma, cinsel ilişkiden bilinçli kaçınma ve ilişki sırasında başarısızlık gibi seksüel başarısızlıklara veya seksüel davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Çiftler cinselliklerini adeta gözlem ve baskı altında yaşadıklarını hissetmektedir.<sup>108,123</sup>

Bu gibi sorunlar nedeniyle çiftlerin cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesi cinsel distres yaşamalarına ve cinsel yaşam kalitelerinin azalmasına neden olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertil kadınların cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışma kapsamına alınan infertil kadınların yarısının cinsel distres yaşadıkları,
- Cinsel yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, ancak cinsel distres yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu,
- Hem kendisi hem de eşi 35 yaş üzerinde olan ve eğitim düzeyi düşük olan kadınların cinsel distres düzeylerinin yüksek, cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu,
- Gelir getiren bir işte çalışan, eşi memur olan, gelir düzeyleri yüksek olan ve çekirdek ailede yaşayan, il merkezinde ikamet eden kadınların genel olarak cinsel distres yaşamadıkları ve cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Tanışarak evlenen, evlilik süresi az olan kadınların genel olarak cinsel distres yaşamadıkları ve cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Daha önce gebelik geçirmeyen primer infertil kadınların, infertilite süresi 1-4 yıl arasında olan kadınların cinsel distres yaşamadıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu,
- Nedeni belli olmayan veya eşlerin her ikisinden kaynaklı infertilite türünde kadınların cinsel distres yaşamadıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu,
- İnfertilite tedavisi sonrası gebelik oluşan kadınların cinsel distres yaşamadıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu,

- Cinsel distres yaşama durumu ve yaşanan distresin düzeyi ile cinsel yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu, cinsel distres yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu ve kadınların cinsel distres düzeyleri arttıkça cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin de azaldığı,

belirlenmiştir.

***Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;***

- ✓ İnfertil kadınların yaşadıkları cinsel sorunlar ve bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin hizmet içi eğitim programlarıyla hemşirelere anlatılarak önemini kavratılması,
- ✓ İnfertil kadının sadece jinekolojik problemler açısından değil bu problemlerin cinsel yaşamlarında yol açacağı sıkıntılar açısından değerlendirilmesi,
- ✓ İnfertil olan kadınların cinsel fonksiyon bozuklukları açısından daha yakından izlenmesi,
- ✓ İnfertil kadınların, rahatlıkla ulaşabilecekleri ve cinsel yaşamlarıyla ilgili sürekli eğitim-danışmanlık hizmetinin verildiği kliniklerin sayısının artırılması ve uzman kişiler tarafından danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, var olan kliniklerin imkânlarının iyileştirilmesi ve fonksiyonlarının artırılması ve bu kliniklerde eğitimli-deneyimli hemşirelerin etkin rol oynamasının sağlanması,
- ✓ İnfertilitenin kadınların cinsel yaşam kalitesini etkisini daha net belirleyebilmek için tedavi sonucunda gebelik elde edilen ve gebelik elde edilemeyen gruplarda karşılaştırmalı çalışmaların yapılması,

önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Terzioğlu F. İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 12. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2014: 547-566.
2. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*, 2007, 22(6): 1506–12.
3. Denson V. Diagnosis and management of infertility. *J Nurse Pract*, 2006; 1: 380-6.
4. Gökler ME, Ünsal A, Aslantaş D. The prevalence of infertility and loneliness among women aged 18-49 years who are living in semi-rural areas in western Turkey. *Int J Fertil Steril*, 2014, 8(2): 155-62.
5. Atasu T, Şahmay S. Jinekoloji Kadın Hastalıkları, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
6. Aydın S, Kurt N, Mandel S, Kaplan MA, Karaca N, Dansuk R. Female sexual distress in infertile turkish women. *Turk J Obstet Gynecol*, 2015, 12: 205-210
7. Cousineau T, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2007, 21(4): 293-308.
8. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2004, 117: 126-31.
9. Damti OB, Sarid O, Sheiner E, Zilberstein T, Cwikel J. Stress and distress in infertility among women. *Harefuah*, 2008, 147:256-60.

10. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 2004, 63: 126-130.
11. Elliot S. The relationship between fertility issues and sexual problems in men. *Can j Hum Sex*, 1998, 7: 295-303.
12. WHO The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, 1993:116-120
13. Salonia A, Zanni G, Briganti A, Fabbri, F, Rigatti P and Montorsi F. The role of the urologist in the management of female sexual dysfunctions. *Curr Opin Urol*, 2004, 14: 389–393
14. Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Üroloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.
15. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1: 68-79.
16. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, 2006, 177–180.
17. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 12: 112-130.
18. Çiçek N. *Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite El Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, Modern Tıp Kitabevi, 2013: 86-300.
19. Hotun Şahin N, Bilgiç D. İnfertilite. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 113-117.

20. Kavlak O. İnfertilite. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 206-215.
21. Cramer DW, Walker AM, Schiff I. Statistical methods in evaluating the outcome of infertility therapy. *Fertil Steril*, 1979, 32: 80-86.
22. Görkemli H. İnfertil Hastaya Yaklaşım. İçinde: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*, 1. Baskı. Ankara, Öncü Basımevi, 2006: 1433-1436.
23. Sağol S. Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Planlanan İnfertil Kadınların Beck Depresyon Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2015.
24. Rotterdam ESHRE/ASRM Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, 2004, 81:19-25.
25. Hasdemir PS, Terzi H, Oruç Koltan S. Hipogonadotropik hipogonadizm olgularına yaklaşım: infertilite tedavisi ve uzun dönem yönetim. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2015, 4: 13-18.
26. Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi. Kadın İnfertilitesi.  
[http://old.neu.edu.tr/docs/tup\\_bebek\\_pdf/infertilite\\_kadina\\_ait\\_faktorler.pdf](http://old.neu.edu.tr/docs/tup_bebek_pdf/infertilite_kadina_ait_faktorler.pdf).  
06 Mayıs 2017
27. Ünal O. Vulvovajinit Şikâyeti İle Başvuran Hastalarda Jinekolojik Muayene Bulguları İle Mikrobiyolojik Tanının Korelasyonunun Karşılaştırılması ve Etken Mikroorganizmaların Sıklığının Belirlenmesi. Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.

28. Steinkeler JA, Woodfi eld CA, Lazarus E, Hillstrom MM. Female infertility: a systematic approach to radiologic imaging and diagnosis. *Radio Graphics*, 2009, 29: 1353–70.
29. Keefe CE, Mirkes R, Yeung P. The evaluation and treatment of cervical factor infertility. *The Linacre Quarterly*, 2012, 79: 409–425.
30. Demirel E. İntrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalarda Sperm Parametrelerinin Gebelik Oranlarına Etkileri. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları Ve Doğum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2006.
31. Dicle Üniversitesi. Erkek İnfertilitesi.  
<http://www.dicle.edu.tr/Contents/bd1d936e-bece-41c0-90a4-cec809ebbed0.pdf>  
07 Mayıs 2017.
32. Irani S, Ahmadi F, Javam M. Evaluation of the uterine causes of female infertility by ultrasound: A literature review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2017, 5: 919-926.
33. Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E, Campbell N, Abbott J. Diagnosis and management of endometrial polyps: A critical review of the literature. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2011, 18: 569-581.
34. Davis PC, O'Neill MJ, Yoder IC, Lee SI, Mueller PR. Sonohysterographic findings of endometrial and subendometrial conditions. *Radiographics*, 2002, 22:803-816.
35. Işıl Gencer D. İnfertilite Araştırmasında Histerosalpingografi'nin Laparoskopik Ve Histeroskopik Bulgularla Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, 2009.

36. Duraker R, Demir R, Dilbaz B, Akkurt Ö, Koçak M, Taşçı Y, Göktolga Ü. Tubal faktör tanısında histerosalpingografi sonuçlarının laparoskopi sonuçları ile karşılaştırılması. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*, 2011, 8: 40- 43.
37. Boyar Hİ. Kadın infertilitesi ve endokrinolojik hastalıklar. *Dicle Tıp Dergisi*, 2013, 40 (4): 700-703.
38. TSRM Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği. Ultrasonografi ve İnfertilite, İnfertilitede Histeroskopinin Yeri, Üreme Tıbbında AMH'nın Önemi, 4. Sayı, 2015: 1-40.
39. Wasiu Eniola O, Olufemi A, Adetola A, Oladipupo M. Pattern of reproductive hormones (follicle stimulating hormone, luteinizing hormone, estradiol, progesterone, and prolactin) levels in infertile women in sagamu south western nigeria. *Der Pharmacia Lettre*, 2012, 4 (2): 549-553.
40. The American College Of Obstetricians And Gynecologists. Frequently Askes Questions Gynocologic Problems. <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq136.pdf?dmc=1&ts=20170511T1947493314> 01 Mayıs 2017
41. Doğan Durdağ G, Berker B. Over rezervinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri*, 2008, 18(4):254-65.
42. Akın H. Kontrollü Overyan Hiperstimulasyon Uygulanan İnfertil Olgularda GnRh Antagonist Ve Agonist Uzun Protokollerinin Karşılaştırması. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları Ve Doğum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2005.
43. Bayramoğlu Bakacak, Z. Antimüllerian Hormonun Ivf Sikluslarında Over Rezervini Belirlemedeki Rolü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı

Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, 2005.

44. Nelson SM, Anderson RA, Broekmans FJ, Raine-Fenning N, Fleming R, La Marca A. Anti-müllerian hormone: Clairvoyance or crystal clear? *Human Reproduction*, 2012, 27: 631–636.
45. Weenen C, Laven JSE, Von Bergh ARM, Cranfield M, Groome NP, Visser JA, Kramer P, Fauser BCJM, Themmen APN. Anti-Muèllerian hormone expression pattern in the human ovary: potential implications for initial and cyclic follicle recruitment. *Molecular Human Reproduction*, 2004, 10: 77-83.
46. Anasti JN, Kalantaridou SN, Kimzey LM, George M, Nelson LM. Human follicle fluid vascular endothelial growth factor concentrations are correlated with luteinization in spontaneously developing follicles. *Hum Reprod*, 1998, 13: 1144-1147.
47. Zuber TJ. Endometrial biopsy. *American Family Physician*, 2001, 63: 1131-1135.
48. Ankara Üniversitesi Üreme Sağlığı Teşhis-Tedavi, Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi. Endometrial Biyopsi. [http://usaum.ankara.edu.tr/?page\\_id=97](http://usaum.ankara.edu.tr/?page_id=97) 10 Mayıs 2017
49. Simpson WL, Beitia LG, Mester J. Hysterosalpingography: A reemerging study. *RadioGraphics*, 2006, 26: 419–431.
50. The American College Of Obstetricians and Gynecologists. Frequently Asked Questions Gynecologic Problems. Hysteroscopy. <https://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq084.pdf> 02 Mayıs 2017
51. Yıldızhan R, Süer N. İnfertilitede tanısal laparoskopi mutlak gerekli midir? *Marmara Medical Journal*, 2008, 21(1): 7-10.

52. Algül Ö. İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2013.
53. Türk Androloji Derneği. Varikosel.  
<http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/24201410821-2.pdf>  
30 Nisan 2017.
54. Türk Androloji Derneği. Kriptorşidizm.  
<http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/24201410125-5.pdf>  
30 Nisan 2017.
55. Gökçe A. Dünya sağlık örgütü kriterlerine göre standart semen analizi. *Türk Urol Sem*, 2011, 2: 1-7.
56. Türk Üroloji Derneği. WHO Laboratuvar El Kitabı 2010. İnsan semeninin incelenmesi ve işlemlerden geçirilmesi, 5. Baskı, 2011: 1-290.
57. Aktaş H. Derin Teratozoosperminin ICSI'de Gebelik Sonuçları Üzerindeki Etkisi. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları Ve Doğum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2007.
58. Sobrero AJ, MacLeod J. The immediate postcoital test. *Fertility and Sterility*, 1962, 13:184-189.
59. Moghissi KS. Post-coital test: Physiological basis, technique and interpretation. *Fertility and Sterility*, 1976, 27: 117-129.
60. Atikeler MK, Semerciöz A, Yalçın O, Bilgiç İ, Baydınç C. İnfertil hastalarda antisperm antikor araştırılması. *Türk Üroloji Dergisi*, 1998, 24: 83-86.

61. London SN, Haney AF, Weinberg JB. Macrophages and infertility: Enhancement of human macrophage-mediated sperm killing by antisperm antibodies. *Fertility and Sterility*, 1985, 43: 274-278.
62. Karakaya S. İnfertil Hastaların Araştırılmasında Genital Enfeksiyonların Taranması. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı, Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik 2010.  
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100306-10.htm>.  
05 Ağustos 2017.
64. Fenkci İV. *Üreme Sağlığı ve Üremeye Yardımcı Tedaviler*. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.
65. Guzik DS, Carson SA, Coutifaris C, Overstreet JW, Factor-Litvak P, Steinkamp MP, Hill JA, Mastroianni L, Buster JE, Nakajima ST, Vogel DL, Canfield RE. Efficacy of superovulation and intrauterine insemination in the treatment of infertility. *N Engl J Med*, 1999; 340:177-183.
66. Kılıçdağ EB, Bağış T, Dedeoğlu BH, Tarım E, Aslan E, Erkanlı S, Şimşek E, Zeyneloğlu H. İntrauterin inseminasyon (IUI) sikluslarında gebelik sonuçlarını etkileyebilecek prognostik faktörler. *Turk Soc Obstet Gynecol*, 2005, 2(3): 223-228.
67. Gönenç Aİ. İntrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalarda Kontrollü Overyan Hiperstimulasyonda GnRH Antagonist Uygulanan Ve Uygulanmayan Protokollerin Gebelik Sonuçlarının Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları Ve Doğum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2009.

68. Sarhan A, Muasher SJ. Surgical complications of in vitro fertilization. *Middle East Fertility Society Journal* 2007, 12(1):1-7.
69. Hoeger K, Bhagavath B, Lewis V, Queenan JT, Vitek W. In Vitro Fertilization. <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/fertilitycenter/documents/In-Vito-Fertilization-4-29-15-updated.pdf> . 19 Ağustos 2017.
70. Ayla Ş, Tunalı G, K rkoca N, Sağlam B, Ural M, Sofuoğlu K, Uslu B, Kutlu T, Devranoğlu B, Büyükbayrak EE, Şahin S. Tek ve şartlı iki embriyo transfer (yönetmeliği) sonrası gebelik oranları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*,2014, 45:156-59.
71. Palermo G, Joris H, Devroey P, Van Steirteghem AC. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet*, 1992, 340: 17-18
72. Ankara  niversitesi  reme Sağlığı Teşhis-Tedavi, Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi. Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT). [http://usaum.ankara.edu.tr/?page\\_id=107](http://usaum.ankara.edu.tr/?page_id=107) 25 Ağustos 2017
73. American Pregnancy Association. Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT). <http://americanpregnancy.org/infertility/zygote-intrafallopian-transfer/> 25 Ağustos 2017.
74. World Health Organization: WHO. Sexual and Reproductive Health.[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) 01 Ekim 2017
75. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Behaviour. Çeviri: Sayın  . *İnsanda Cinsel Davranış*. İstanbul, Bilimsel ve Teknik  eviri Vakfı, 1994, 52-60.
76. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, 3-13.

77. Volpe E, Wertheimer J. Exploring sexuality attitudes and knowledge in nursing, *An Education Program*, 2004, 1-86.
78. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel Yaşam ve Sorunları Bilgilendirme Dosyası, 1. Baskı, 2007: 7-44.
79. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (Tjfmpe)*, 2011, 5:37-46.
80. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, American Psychiatric Association 4. Baskı, 1994: 493-538.
81. Akarsu RH, Kızılkaya Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*, 2016, 18(65): 134-137
82. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 2010, 1: 235-240
83. Jose-Miller AB, Boyden JW, A.Frey K. Infertility. *American Family Physician*, 2007, 75(2): 849-856.
84. Dilbaz S. Stres ve İnfertilite. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi 2010; 145.
85. Cousineau T, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2007, 21(4): 293-308.
86. Gerrity DA. A Biopsychosocial theory of infertility. *The Family Journal*, 2001, 9(2): 151-158.
87. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. Marital Adjustment In Infertile Women. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 2008, 5:105-10.

88. Carpenter JS, Reed SD, Guthrie KA, Larson JC, Newton M, Lau RJ, Learman LA, Shifren JL. Using an FSDS-R item to screen for sexually related distress: A MsFLASH analysis. *Sex Med*, 2015, 3:7–13
89. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, sıklığı ve risk faktörleri. *TÜBAV Bilim*, 2010, 3: 137-144.
90. DeRogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther*, 2002, 28:317-330.
91. DeRogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*, 2008, 5:357-364.
92. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther*, 2005, 31: 385-97.
93. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2010, 32: 172-180
94. Algül Ö, Aksu H. İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2014, ;24(3):171-8.
95. Kırço Çoban T, Dinç A. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. *International Journal of Clinical Research*, 2013,1(2):46-53.
96. Pakpour AH, Yekaninejad MS, Zeidi IM, Burri A. Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2012, 286(6):1589-1596
97. Tashbulatova D, Arıdoğan İA, İzol V, Seydaoğlu G, Ürünsak İF, Doran Ş. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: Depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 2013,33(1):91-7

98. Alihocagil Emeç Z, Ejder Apay S, Özorhan EY. Determination and comparison of sexual dysfunctions of women with and without infertility problems. *Sexuality and Disability*, 2017, 35(1): 59-72.
99. Ünal S, Kargin M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 2010, 9:481-486.
100. Erdem K, Ejder Apay S. A sectional study: The relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *Int J Fertil Steril*, 2014, 8:303-314.
101. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*, 2004,72(1):52-7
102. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 1999, 281(6):537-44.
103. Yaralı S, Hacıoğlu N. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2016, 108-127.
104. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk faktors for female sexual dysfunction in Turkish women, *The Journal Of Urology*, 2006, 654-658
105. Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N. İnfertilite ve kültür. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 2011, 19(2):109-115.
106. Demirci, H. İnfertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal ve psikoseksüel etkileri. Nezihe Kızılkaya Beji (Ed). İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2001, 103-117.

107. Nahar P, Richters A. Suffering of childlesswomen in Bangladesh: The intersection of social identities of gender and class. *Med Anthropol*, 2011, 18:327–338.
108. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11:112-21.
109. Sezgin H, Hoccoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry* 2014, 6(2):165- 184.
110. Kızılkaya, N. İnfertil çiftlerin bilgileri, uygulamaları ve infertilitenin psiko-sosyal değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1987
111. Küçükdurmaz F, Taşkiran M, Akbulut MF, Gökçe A. Erkek infertilitesi ve cinsel fonksiyon ilişkisi. *AND*, 2015, 17(63): 285-288.
112. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in sample of Brazilian women-results of Brazilian study on sexual behavior, *International Journal of Impotence Research*, 2004, 16: 160-166.
113. 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(3):166-76
114. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG*, 2007, 114(2):201-6
115. Nene UA, Coyaji K, Apte H. Infertility: A label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. *Patient Educ Couns*, 2005, 59:234–8.

116. Iris A, Aydoğan Kırmızı D, Taner CE. Effects of infertility and infertility duration on female sexual functions. *Arch Gynecol Obstet*, 2013, 287:809–812
117. Tokmak A, Şahin A, Çınar M, Şahin H, Katar C, Devran A, Yılmaz N. The impact of age difference between couples on sexual dysfunction in infertile females. *Medeniyet Medical Journal*, 2016, 31(2):88-93
118. Saleh RA, Ranga GM, Rania R, Nelson DR, Agarwal A. Sexual dysfunction in men under going infertility evaluation: A cohort observational study. *Fertil Steril*, 2003, 79 (4): 909–912.
119. Webb R, Daniluk JC. The end of the line: Infertile men’s experiences of being unable to produce a child. *Men and Masculinities*, 1999, 2: 6–25
120. İslimye Taşkın M, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *Eur J Health Sci*, 2016, 2(3):79-84
121. Nuri Tural G. Primer infertil kadınların infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeyi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2017.
122. Burns LH. Sexual counseling and infertility. In: Covington SN. Burns LH. Infertility counseling a comprehensive handbook for clinicians 2nd ed. Washington: Cambridge University Press; 2006, 149-526.
123. Vural PI, Beji NK. İnfertilite sorununun psikoseksüel etkileri. *Androloji Bülteni*, 2015, 16: 135-138.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
<b>Adı Soyadı:</b>	Yağmur (AKAMCA) TURAN
<b>Doğum tarihi:</b>	11.03.1991
<b>Doğum Yeri:</b>	Konak / İZMİR
<b>Medeni Hali:</b>	Evli
<b>Uyruğu:</b>	T.C.
<b>Adres:</b>	Güventepe Mah. 608. Sok. Park Sitare Evleri No:13/29 Yenimahalle/ANKARA
<b>Tel:</b>	0506 162 57 95
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	yagmurakamca@hotmail.com
Eğitim	
<b>Lise:</b>	İzmir Konak Anadolu Lisesi (2005-2009)
<b>Lisans:</b>	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu (2009-2013)
<b>Yüksek Lisans:</b>	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2015-2018)
Yabancı Dil Bilgisi	
Metin girmek için burayı tıklatın.	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Metin girmek için burayı tıklatın.	

Bu çalışma infertilite biriminde tedavi olan infertil kadınların yaşadıkları cinsel distres ve

Cinsel yaşam kalitesinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1) Yaşınız? .....

2) Eğitim durumunuz?

1) Okuma-yazma bilmiyorum 2) Okur-yazar ( ) 3) İlköğretim ( )

4) Ortaöğretim ( ) 5) Üniversite ( ) 6) Yüksek Lisans ( )

3) Şu anda çalışıyor musunuz?

1) Evet ( ) 2) Hayır ( ) 3) Tedavi nedeniyle bıraktım

4) Çalışıyorsanız iş yerinden tedavi için izin almakta güçlük çekiyor musunuz?

1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

5) Eşinizin eğitim durumu?

1) Okuma-yazma bilmiyor ( ) 2) Okur-yazar ( ) 3) İlköğretim ( )

4) Ortaöğretim ( ) 5) Üniversite ( ) 6) Yüksek Lisans ( )

6) Eşinizin mesleği?

1) Emekli ( ) 2) Memur ( ) 3) İşçi ( ) 4) Serberst Meslek ( )

5) İşsiz ( ) 6) Diğer ( ) .....

7) Eşinizin yaşı? .....

8) Eşinizle nasıl evlendiniz?

1) Görücü usulü ( ) 2) Anlaşarak ( )

9) Ne kadar süredir evlisiniz? .....

10) Toplam gelir durumunuz? .....

11) Sosyal güvenceniz var mı?

1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

**12) Aile tipiniz?**

- 1) Çekirdek ( )
- 2) Kocamın ailesi ile yaşıyoruz ( )
- 3) Kendi ailemle birlikte yaşıyoruz( )
- 4) Diğer.....

**13) En uzun süre yaşadığınız yer?**

- 1) Köy ( )
- 2) İlçe ( )
- 3) İl ( )

**14) Ne kadar süredir infertilite tedavisi görüyorsunuz?**

.....

**15) İnfertilite nedeni kimden kaynaklanıyor?**

- 1) Kendim ( )
- 2) Eşim ( )
- 3) Her ikimizden( )
- 4) Nedeni belli değil ( )

**16) Daha önce infertilite tedavisi aldınız mı?**

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

**17) Daha önceki infertilite tedavisinde gebe kaldınız mı?**

- 1) Hayır ( )
- 2) Evet ise sonucu .....

**18) Ne kadar zamandır korunmadan cinsel ilişkiye giriyorsunuz? .....**

Sayın katılımcı;

Aşağıda kadın cinselliği ile ilişkili problem ve duygular ile ilgili sorular yer almakta. Son 4 hafta içerisinde ne kadar sıklıkla aşağıdaki problemler sizi rahatsız ettiği veya sıkıntılındığına yönelik maddeler bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederim.

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

**CİNSEL İLİŞKİ:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

**CİNSEL UYARILMA:** Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar.

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

**Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

**1.Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızla ilgili sıkıntı duydunuz?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**2.Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel ilişkinizle ilgili mutsuz oldunuz?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**3. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsellikle ilgili güçlükler nedeniyle suçluluk duydunuz?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**4.Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel problemlerinizden bıkmış hissettiniz?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**5. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla seks sizi korkuttu?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**6. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel problemler kendinizi küçük görmeye neden oldu?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**7. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsellik konusunda endişeli hissettiniz?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**8. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel açıdan yetersiz hissettiniz?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**9. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinselliğiniz ile ilgili pişmanlıklar yaşadınız?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**10. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel sorunlarınız hakkında utandınız?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**11. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızdan memnun kalmadınız?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**12. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızla ilgili sinirlendiniz (kızdınız)?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )

**13. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel isteksizliğinizden rahatsız oldunuz?**

- 1) Hiçbir zaman ( )
- 2) Nadiren ( )
- 3) Ara sıra (bazen) ( )
- 4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
- 5) Her zaman ( )



#### EK-4.CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN (CYKÖ-K)

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

## EK-5. ETİK KURUL ONAYI



Sağlık Bilimleri Fakültesi  
ETİK KURUL SONUÇ FORMU




Sayı:2016/05/1

Tarih :23.05.2016


Araştırmanın Adı: "İnfertil Kadınlarda Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi "


Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur ( X )  
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ( )  
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ( )


**Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa):** Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 23.05.2016 tarihinde yapılan toplantısında "İnfertil Kadınlarda Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi " konulu Yrd.Doç.Dr.Aslı SİS ÇELİK ve Yüksek Lisans Öğrencisi Yağmur AKAMCA'nın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

  
Prof.Dr. Mehtap TAN  
Başkan

  
Prof. Dr. Duygu ARIKAN  
Üye

  
Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ  
Üye

  
Doç. Dr. Nadiye ÖZER  
Üye

  
Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ  
Raportör/Sekreter

## EK-6. ARAŞTIRMANIN YAPILMASI İÇİN GEREKLİ KURUM İZİN YAZILARI



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 20369917-300-E.1600175137  
Konu : Uygulama İzni(Yağmur  
AKAMCA)

01.08.2016

DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencilerinden Yağmur AKAMCA'nın uygulama izni ile ilgili Öğrenci İşleri Daire Başkanlığından alınan 01.08.2016 tarih ve 1600174984 sayılı yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Yavuz Selim SAĞLAM  
Enstitü Müdürü

Ek : 1.8.2016 tarihli 88179374-302.08.01-E.1600174984 Sayılı belge

Atatürk Üniversitesi Enstitüler Binası Kat:1 25240 Erzurum  
Tel: +90 442 2314886  
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-bilimleri-enstitusu>

Bilgi: Ogün YILDIZ  
Faks: +90 442 2314888



**Kep Adresi:** [atsuni@k101.kep.tr](mailto:atsuni@k101.kep.tr)

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
[www.atauni.edu.tr](http://www.atauni.edu.tr) adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu:6A8180E



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-302.08.01-E.1600174984  
Konu : Uygulama İzni Yağmur AKAMCA

01.08.2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13.07.2016 tarihli ve 20369917-300-E.1600159459 sayılı belge.

Enstitünüz Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yağmur AKAMCA'nın "İnfertil Kadınlarda Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulama izni ile ilgili Tıp Fakültesi Dekanlığı Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığından alınan 28/07/2016 tarih ve 1600172781 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Ömer İrfan KÜFREVİOĞLU  
Rektör Yardımcısı

Ek : 28.7.2016 tarihli 42190979-000-E.1600172781 Sayılı belge

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 Erzurum  
Tel: +90 442 2311601  
Elektronik Ad: <http://www.atauni.edu.tr/#/birim=ogrenci-isleri-daيره-baskanligi>

Bilgi: Aliye ÖREN  
Faks: +90 442 2361026  
E-Posta: [odaire@atauni.edu.tr](mailto:odaire@atauni.edu.tr)

**Kep Adresi:** [atauni@ks01.kep.tr](mailto:atauni@ks01.kep.tr)



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
[www.atauni.edu.tr](http://www.atauni.edu.tr) adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu=E483128



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı  
Başkanlığı

Sayı : 42190979-000-E.1600172781  
Konu : Uygulama İzni Yağmur AKAMCA

28.07.2016

REKTÖRLÜK MAKAMINA  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 15.07.2016 tarihli ve 88179374-302.08.01-E.1600161412 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yağmur AKAMCA'nın "İnfertil Kadınlarda Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Haziran 2016- Eylül 2016 tarihleri arasında Hastanemiz İnfertilite Polikliniği'nde yapması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederiz.

Prof.Dr. Metin İNGEÇ  
Anabilim Dalı Başkanı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum  
Tel: +90 442 3446301  
Elektronik Adı: <http://www.atauni.edu.tr/#birim=tip-fakultesi>

**Kep Adresi:** [atauni@hs01.kep.tr](mailto:atauni@hs01.kep.tr)

Bilgi: Çağla ÇİLOĞLU  
Faks: +90 442 3446528  
E-Posta: [tiptak@atauni.edu.tr](mailto:tiptak@atauni.edu.tr)



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
[www.atauni.edu.tr](http://www.atauni.edu.tr) adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu=41AEEAA