T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

İNFERTİL ÇİFTLERE PLISSIT MODELİ DOĞRULTUSUNDA VERİLEN CİNSEL DANIŞMANLIĞIN CİNSEL İŞLEV VE CİNSEL DOYUMA ETKİSİ

EZGİ ŞAHİN

DANIŞMAN
DOÇ.DR. İLKAY GÜNGÖR SATILMIŞ

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ezgi ŞAHİN (İmza)

İTHAF

Üniversite eğitimim süresince Doktor ünvanını almamı en çok isteyen ancak 2014 yılında aramızdan ayrılarak sonsuz âleme göç etmiş olan *Sevgili Babam'ın ruhuna* ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında gösterdiği anlayış ve bilimsel katkıları ile eğitimim ve tez hazırlığım boyunca bana her türlü yardımcı olan, desteklerini sağlayan, bilgi, görüş ve önerileriyle çalışmama yol gösterici katkılar sağlayan değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. İLKAY GÜNGÖR SATILMIŞ' a teşekkür ederim. Tez çalışmamın şekillenmesi sürecinde değerli bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ümran YEŞİLTEPE OSKAY ve Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ'ye, doktora eğitimim süresince değerli katkılarını ve desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN' e ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda çalışan öğretim üyelerine ve sevgili araştırma görevlilerine saygı ve şükranlarımı sunarım.

İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı İnfertilite Kliniği'nde veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyerek çalışmamın devamını sağlayan tüm hekimlere, meslektaşlarıma ve personellerine, çalışmamın veri tabanını oluşturan infertil çiftlere teşekkürlerimi sunarım. Bu süreçte yanımda olan, sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen anneme, kardeşlerime ve doktora arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Ezgi ŞAHİN

İstanbul 2021

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Prevelansı 5
2.1.1. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler 6
2.1.2. Kadına Ait Faktörler 6
2.1.3. Erkeğe Ait Faktörler 8
Testis Disfonksiyonu 8
2.2. İnfertilitede Tanı ve Tedavi Yönetimi 9
2.3. İnfertilitenin Çift Üzerine Etkileri 11
2.3.1. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri 11
2.3.2. İnfertilitenin Sosyo-Ekonomik Etkileri 12
2.3.3. İnfertilitenin Evlilik Uyumuna Etkileri 13
2.3.4. İnfertilite Krizi 13
2.3.5. İnfertilitenin Psikoloik Etkileri ve Cinsiyete Özgü Farklılıklar 14
2.4. İnfertilite Hemşireliği ve Rolleri 15
2.5. Cinsellik ve Cinsel sağlık 16
2.5.1. Cinsel İşlev Fizyolojisi 16
2.6. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları 18
2.6.1. Kadınlarda Cinsel İlgi-Uyarılma Bozukluğu 19
2.6.2. Kadın Orgazm Bozukluğu 19
2.6.3. Genito-Pelvik Ağrı-Penetrasyon Bozukluğu 19

2.6.4. Madde Ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları 20
2.6.5. Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Yöntemleri.....20
2.7. Erkek Cinsel Fonksiyon Bozuklukları 22
2.7.1. Düşük Cinsel İstek Bozukluğu.....22
2.7.2. Erektil Disfonksiyon (ED) 23
2.7.3. Prematür Ejakülasyon (PE).....23
2.7.4. Gecikmeli Boşalma.....23
2.7.5. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Yöntemleri.....24
2.8. İnfertilitede Cinsel Sorunlar ve Danışmanlık 25
2.8.1. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi 25
2.8.2. İnfertilite ile İlişkili Kadına Ait Cinsel İşlev Bozuklukları ve Sıklığı 26
2.8.3. İnfertilite ile İlişkili Erkeğe Ait Cinsel İşlev Bozuklukları ve Sıklığı 28
2.8.4. İnfertil Çiftlerin Cinsel Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....29
2.9. İnfertilitede Cinsel Danışmanlık.....36
2.10. Cinsel Danışmanlıkta Kullanılan Modeller 37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....41
3.1. Araştırmanın Amacı.....41
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 41
3.3. Araştırmanın Türü.....41
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 41
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 41
3.6. Araştırmanın Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....43
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1) 49
3.6.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (The Female Sexual Function Index- FSFI) (EK-2) 49
3.6.3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) (EK-3) 50
3.6.4. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) (EK-4).....51
3.6.5. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) (EK-5) 51
3.6.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-6).....53
3.7. Verilerin Analizi 53
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....53
3.9. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....54
4. BULGULAR.....55

4.1. Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulgular 56
4.2. Kadınların İlk Değerlendirme Ve Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği"nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 64
4.3. Erkeklerin İlk Değerlendirme Ve Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği"nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 71
5. TARTIŞMA 79
5.1. Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 80
5.2. Kadınların İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi,Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği"nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 85
5.2.1. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 85
5.2.2. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 92
5.2.3. İnfertilite Stresi Ölçeği'nden (İSÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 94
5.3. Erkeklerin İlk Değerlendirme Ve Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği"nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 96
5.3.1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 96
5.3.2. Erkeklerin İnfertilite Stres Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 101
5.3.3. Erkeklerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 103
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 107
KAYNAKLAR 110
FORMLAR 139
ETİK KURUL KARARI 159
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 161
ÖZGEÇMİŞ 166

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulgular 56
Tablo 4-2: Deney ve Kontrol Grubunun Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine Göre Dağılımları 59
Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Öykülerine Göre Dağılımları .. 62
Tablo 4-4: Kadınların Gruplarına Göre Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması 64
Tablo 4-5: Kadınların Grupları İçerisinde Kadın Cinsel Fonksiyon İndeks Öncesi Ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması 65
Tablo 4-6: Kadınların Grupları İle Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinin Cut Off (Kesme Değeri) Puanları Arasındaki İlişki 66
Tablo 4-7: Kadınların Grupları İle İlk Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinin Puanları Arasındaki İlişki 67
Tablo 4-8: Kadınların Grupları İle Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinin Puanları Arasındaki İlişki 67
Tablo 4-9: Araştırmaya Katılan Kadin Katlımcıların Gruplarına Göre Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) ve Alt Boyutlarının Öncesi ve Sonrasi Puanlarının Karşılaştırılması .. 68
Tablo 4-10: Araştırmaya Katılan Kadın Katılımcıların Grupları İçerisinde Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) ve Alt Boyutlarının Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması 68
Tablo 4-11: Kadınların Gruplarına Göre İnfertilite Stresi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması 69
Tablo 4-12: Kadınların Grupları İçerisinde İnfertilite Stresi Ölçeğinin (İSÖ) Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması (N=60) 70
Tablo 4-13: Araştırmaya Katılan Erkek Katılımcıların Gruplarına Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin (ACYÖ) Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması 71
Tablo 4-14: Araştırmaya Katılan Erkek Katılımcıların Grupları İçerisinde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin (ACYÖ) Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması 71
Tablo 4-15: Deney Grubu Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu Dağılımı 72

Tablo 4-16: Kontrol Grubu Katılımcılarının Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu Dağılımı 73
Tablo 4-17: Erkeklerin Grupları İle İlk Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin Puanları Arasındaki İlişki 74
Tablo 4-18: Erkeklerin Grupları ile Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin Puanları Arasındaki İlişki 74
Tablo 4-19: Erkeklerin Grupları İle Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin Cut Off Puanları Arasındaki İlişki 75
Tablo 4-20: Erkeklerin Gruplarına Göre ilk ve Son Değerlendirmede Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 75
Tablo 4-21: Erkek Katılımcıların Grupları İçerisinde Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması 76
Tablo 4-22: Erkek Katılımcıların Gruplarına Göre Öncesi ve Sonrası İnfertilite Stresi Ölçeğinin Karşılaştırılması 77
Tablo 4-23: Erkek Katılımcıların Grupları İçerisinde Uygulama Öncesi ve Sonrası İnfertilite Stresi Ölçeğinin Karşılaştırılması 77

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: Araştırmanın CONSORT Akış şeması..... 46
Şekil 3-2: Danışmanlık Süresi Şeması..... 47
Şekil 3-3: PLISSIT Modeli Doğrultusunda Yapılan Cinsel Danışmanlığın İçeriği 48

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

AMH: Anti Müller hormon

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association)

ART: Yardımla Üreme Teknolojileri

AUA: Amerikan Üroloji Derneği (American Urological Assosiation)

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO)

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

IVF: In Vitro Fertilization

İSÖ: İnfertilite Stres Ölçeği

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

LH: Luteinleştirici hormon

NICE: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YCDÖ: Yeni Cinsel Doyum Ölçeği

ÖZET

ŞAHİN, E. (2021). İnfertil Çiftlere PLISSIT Modeli Doğrultusunda Verilen Cinsel Danışmanlığın Cinsel İşlev Ve Cinsel Doyuma Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AnaBilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu çalışma infertil çiftlere PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlığın cinsel işlev ve cinsel doyuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

Çalışma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı İnfertilite Kliniği'nde Ağustos 2019 - Şubat 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örnekleme cinsel işlev bozukluğu olan toplam 60 infertil çift dahil edilmiştir. Deney grubu 30 çift ile toplam 6 görüşme (ilk görüşme, en az birer hafta ara ile PLISSIT modeline dayalı 3 cinsel danışmanlık, ikinci ayda 1 telefon görüşmesi ve üçüncü ayda son görüşme), kontrol grubu 30 çift ile toplam 3 görüşme (ilk görüşme- ikinci ayda 1 telefon görüşmesi ve üçüncü ayda son görüşme) yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu (ACYÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) ve İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) kullanılmıştır.

Kadın ve erkeklerin ön görüşmedeki BDÖ toplam ortalama puanları deney ve kontrol grubunda benzerdi ($p>0,05$). Cinsel danışmanlık alan deney grubu kadınların son değerlendirmelerinde KCFİ ve YCDÖ toplam ölçek puanları ve alt boyut puanları kontrol grubundan yüksek, İSÖ toplam ölçek puanları ve alt boyut puanları kontrol grubuna göre daha düşük bulundu ($p<0,05$). Erkeklerde ise, deney grubundaki son değerlendirmelerde ACYÖ puan ortalamasının kontrol grubuna göre olumlu şekilde daha düşük olduğu, YCDÖ toplam ölçek ve alt boyut puanlarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ve İSÖ toplam ölçek ve alt boyut puanlarının kontrol grubu erkeklere göre daha düşük olduğu saptandı. ($p<0,05$).

Sonuç olarak, cinsel işlev bozukluğu olan ve cinsel doyum düzeyi düşük olan infertil çiftlere PLISSIT modeli kapsamında verilen cinsel danışmanlığın çiftlerin cinsel fonksiyonlarını ve cinsel doyumlarını olumlu yönde etkilediği gözlenmiştir. İnfertil çiftlere yönelik cinsel danışmanlıkta PLISSIT modelinin kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, PLISSIT modeli, cinsellik, cinsel danışmanlık, cinsel işlev bozukluğu

ABSTRACT

ŞAHİN, E. (2021). A.B (2006). The Effect of Sexual Counseling Given to Infertile Couples According to the PLISSIT Model on Sexual Function and Sexual Satisfaction. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Women's Health and Diseases Nursing. Doctoral Thesis. İstanbul.

This study is a randomized controlled experimental study to determine the effect of sexual counseling given to infertile couples in line with the PLISSIT model on sexual function and sexual satisfaction.

The study was conducted between August 2019 - February 2020 in the Infertility Clinic of Istanbul University, Istanbul Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, Reproductive Endocrinology and Infertility. A total of 60 infertile couples with sexual dysfunction were included in the sampling. A total of 30 couples were interviweved in 6 sessions (first interview, 3 sexual counseling sessions based on the PLISSIT model at least one week apart, 1 phone call in the second month and the last interview in the third month), and 30 couples in the control group were interviewed in 3 sessions (first interview - 1 phone call in the second month and the last interview in the third month). Descriptive Information Form, Female Sexual Function Index (FSFI), Arizona Sexual Experiences Scale Male Form (ASEX), Beck Depression Inventory (BDI), New Sexual Satisfaction Inventory (NSSI) and Infertility Stress Scale (ISS) were used to collect the data.

BDI total mean scores of women and men in pre-interviews were similar in the experimental and control groups ($p>0.05$). In the final evaluations of the experimental group women who received sexual counseling, the total scale scores and sub-dimension scores of FSFI and NSSI were found to be higher than the control group, and the ISS total scale scores and sub-dimension scores were lower than the control group ($p <0.05$). In the final evaluations in the experimental group, it was determined that the mean ASEX score was positively lower than the control group, the total scale and sub-dimension scores of the NSSI were higher than the control group, and the ISS total scale and sub-dimension scores were lower than the control group. ($p<0.05$).

As a result, it was observed that sexual counseling given to infertile couples with sexual dysfunction and low sexual satisfaction within the scope of the PLISSIT model positively affected the sexual functions and sexual satisfaction of the couples. It is recommended to use the PLISSIT model in sexual counseling for infertile couples.

Keywords: Infertility, PLISSIT model, sexuality, sexual counseling, sexual dysfunction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

En az bir yıllık süre içerisinde korunma yöntemi kullanmayarak düzenli cinsel ilişki yaşanmasına rağmen gebeliğin oluşmaması infertilite olarak tanımlanmaktadır (Allan ve Mounce, 2015). Dünya Sağlık Örgütü infertilitenin sıklığını %10-15 (yaklaşık 50-80 milyon) arasında bildirerek, infertiliteyi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul etmektedir (WHO 2017). Küresel bir sorun hale gelen infertilitenin ülkemizde ki durumu ise her 7 çiftten biri (yaklaşık 2 milyon) bu sorunu yaşamaktadır. (Bodur ve ark. 2013). Ülkemizde çiftlere anne baba olmaları konusunda yapılan baskılar ile de infertilite toplumda daha önemli bir sorun haline gelmektedir (Çoban ve Dinç 2013; Yılmaz ve Oskay 2015).

Her evli çiftin nesillerini devam ettirmek için çocuk sahibi olma arzu ettiği bir olgudur. İnfertilite, çiftlerin sosyal yaşamlarını, evliliklerini ve cinsel yaşamlarını psikolojik olarak etkileyen, tedavi sürecinde yapılan işlemlerin acı verici olmasından dolayı duygusal olarak stresli yapan, tedavisinin uzun süreli ve pahalı olmasından dolayı çiftleri ekonomik yönden de etkileyen maliyeti yüksek olan bir yaşam krizidir (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009; Ramazanzadeh ve ark. 2009; Bayley ve ark. 2009).

Cinsel işlev, infertil bireyleri etkileyen ancak yeterli önem verilmeyen durumlardan biridir. Ancak cinsel işlev, evliliğin kilit bir faktördür ve var olan cinsel işlev bozukluğu infertiliteye neden olabilir, aynı şekilde infertil olma durumu da çiftlerin ya da bireylerin cinselliğini etkileyebilir (Çoban ve Dinç, 2015; Seymenler ve Siyez, 2018). Çünkü infertilite tedavisi hem uzun süren hem de tedavi sürecindeki müdahaleler nedeniyle kişide yetersizlik duygusunun yaratmış olduğu strese neden olmaktadır. Bu durum da çiftler arasında cinsel isteksizliğe ve hazzın kaybolmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda da infertil çiftlerin fertil çiftlere göre daha fazla cinsel sorun yaşadığı belirtilmektedir. Bu bağlamda infertil çiftlerde mutlaka cinsel öykü ayrıntılı alınıp soruna yönelik cinsel danışmanlık verilmeli ve gerekitiğinde de cinsel terapistlere yönlendirilmelidir (Tayebi ve Ardakani 2009; Tashbulatova ve ark. 2013).

İnfertil kadınlarda görülebilen cinsel disfonksiyonlar cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, disparoni ve anorgazmi olup, infertil erkeklerde erektil disfonksiyon, erken boşalma, cinsel isteksizlik ve orgazmik bozukluklar görülebilmektedir (Millheiser ve ark.,2010; Rohina ve ark.,2016). Pakpour ve ark. (2012) İran'da 604 infertil kadınla yaptıkları çalışmada kadınların %56'sında cinsel işlev bozukluğu görüldüğü ve ileri yaş,

eğitim seviyesi ve depresyonun cinsel işlev bozukluğunu arttırdığını belirtmiştir. Marci ve ark. (2012) İtalya'da 62 infertil çift ve 52 fertil çift ile yaptıkları çalışmada, infertil çiftlerde cinsel uyarılmanın, cinsel doyumunun, arzunun ve orgazmın fertil çiftlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Özkan ve ark. (2015) 56 infertil erkek ve 48 fertil erkeklerle yapmış oldukları çalışmada, infertil erkeklerde erektil disfonksiyonun saptandığı, fertil erkeklere göre orgazm, cinsel istek, cinsel ilişki doyum alanlarından anlamlı derecede düşük aldığı gözlenmiştir ($p<0,05$). Yangın ve ark. (2016) 102 infertil çiftler ile yaptıkları çalışmada kadınlarda erkeklere göre daha fazla cinsel işlev bozukluğu olduğu ve erkeklerin %33,3'ünde, kadınların%37,2'sinde cinsel tatmin düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Starc ve ark.(2019) meta analiz çalışmasında infertil kadınlarda (%43-%90) ve infertil erkeklerde (%48-58) yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu ve cinsellikten daha az tatmin olduğu tespit edilmiştir. Emec ve ark. (2017) İtalya'da 137 infertil ve 142 fertil kadınlarla yaptıkları çalışmada, infertil ve fertil kadın grupları arasında cinsel işlev açısından önemli bir fark olmadığı belirtilmiştir. Davari Tanha ve ark. (2013), 191 primer, 129 sekonder infertil ve 87 fertil kadınlarla yaptıkları çalışmada, tüm infertil kadınların cinsel işlev bozukluğu fertil kadınlara göre daha yüksek bulunurken, sekonder infertil kadınların da primer infertil kadınlara kıyasla daha yüksek cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğu ifade edilmiştir. Bayar ve ark. (2014) primer infertil ve cinsel işlev bozukluğu olan 50 infertil çift ile yaptıkları çalışmada tedaviden 3 ay sonra kadınlarda (%72) ve erkeklerde (%48) cinsel işlev bozukluğunu arttığı tespit edilmiştir. Audu (2002) 'nun Nijeryalı 97 infertil kadınla yapmış olduğu çalışmada kadınların %78,4'ünde cinsel isteksizlik, %57,7'sinde ağrılı cinsel ilişki, %20'6'sında ise anorgazmi ve cinsel uyarılma bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Nelson ve ark .(2008) İranlı 100 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadınların %93'nde cinsel işlev bozukluğu görüldüğü ve en yaygın da uyarılma bozukluğu görüldüğü tespit edilmiştir.

Cinsel işlev, sağlığın ve genel yaşam kalitesinin önemli bileşenlerinden biridir. Cinsel işlev bozuklukları, cinsel ilişki sıklığını, cinsel istek ve cinsel tatmin düzeylerini etkileyerek benlik saygısında azalmaya neden olabilmektedir. Bununla birlikte aktif ve etkili bir cinsel ilişki doğurganlık şansını artırabileceğinden, cinsel işlev bozukluğunun doğurgan kadınlardan çok infertil kadınlarda daha belirgin bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (Millheiser ve ark. 2010). Ancak cinsel işlev bozukluğu genellikle

infertilitenin teşhis ve tedavisi sırasında ortaya çıkar veya yoğunlaşır. Ayrıca cinsel işlev bozukluğunun, infertilitenin sessiz ortağı olduğu ve infertilite tedavisinin etkinliğini engellediği de düşünülmektedir (Cuijpers ve ark. 2013). Bu nedenle var olan cinsel işlev bozuklukları, infertilitenin öncelikli nedeni olabilir. Ancak bir grup infertil hastalar cinsel sorunlarına çözüm aramak yerine infertilite tedavisi aramaktadır (Read 2004). Diğer grup infertil hastalar ise cinsel sorunları konusunda endişe yaşadıklarını, bu sorunu ilk hemşireler ile paylaştıklarını ve bu konuda danışmanlık almak istediklerini ifade etmişlerdir (Taylor ve Davis 2006). Bu nedenle hemşireler, infertiliteyi etkileyen ya da infertilitenin neden olduğu cinsel işlev bozuklukları konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Hemşireler, bireyi/çiftleri cesaretlendirerek var olan cinsel sorunları konuşarak onları bu konuda destekleyebilir ve mevcut soruna yönelik danışmanlık yapabilir (Tuğut ve Gölbaşı 2014; Heidari ve ark. 2018).

Hemşirelerin hastalarda cinselliği doğru ve etkin bir şekilde değerlendirebilmesi ve mevcut olan soruna yönelik en uygun danışmanlık ve rehberlik edebilmesi için model kullanılması önerilmektedir. Cinsel eğitim ve danışmanlık için kullanılan modeller ise çoğunlukla PLISSIT, BETTER, KAPLAN ve IMB modeli olup cinsel danışmanlığın bir model doğrultusunda ele alındığı çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada da PLISST modeli ile hemşire ve hasta arasında etkili iletişim kurarak cinsel danışmanlığın cinsel işlev bozukluğuna etkisinin olumlu olacağı düşünülmektedir.

Annon'un 1976 yılında geliştirmiş olduğu, Taylor ve Davis (2006) tarafından güncellenen PLISSIT modeli ile bireylerin cinselliğe ilişkin rahat bir şekilde iletişim kurabilmesi ve bu konuda ihtiyaçlarının giderilmesi hedeflenmiştir. Model; sırasıyla İzin verme (P), Sınırlı bilgi (LL), Özel öneriler (SS), Yoğun terapi (IT) olmak üzere dört basamaktan oluşmaktadır (Annon, 1976; Taylor ve Davis 2006; Ayaz ve Kubilay 2008). Model doğrultusunda öncelikle çiftlerle etkin bir cinsel iletişim kurularak, birey ve çiftlerde gözlenen cinsel sorunlar belirlenir ve bu soruna yönelik önerilerde bulunulur, soruna ilişkin aşamalı aktiviteler-ev ödevleri verilerek modelin diğer aşamalarına geçilir. Ayrıca danışmanlık sonunda gerekirse birey/çiftler cinsel terapistlere yönlendirilir. Bu model hemşireler ile bireyler ve/veya çiftler arasında iş birliği sağlar, bireylerin kararlarını anlama ve saygı duyma kuralını destekler, hemşirelerin kendilerini daha rahat hissedebilecekleri bir ortam hazırlar, cinselliğin kapsamlı değerlendirilebilmesi ve uygun hemşirelik girişimi için bir çerçeve sağlayarak müdahale ve değerlendirme için rehber

oluşturur. PLISSIT modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın, cinsel işlevi iyileştirdiği ve cinsel tatmin düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmanın amacı, cinsel işlev bozukluğu olan infertil çiftlere PLISSIT modeli doğrultusunda yapılan cinsel danışmanlığın etkinliğini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Prevelansı

İnfertilite, çiftlerin korunma yöntemi kullanmadan en az 1 yıl düzenli cinsel ilişkide bulunmasına karşın gebeliğin oluşmaması durumudur (WHO 2017). Dünya Sağlık Örgütü tarafından, kürsel bir sorun haline gelen infertilite 35 yaşından küçük kadınlarda 12 ay korunmasız cinsel ilişkiden sonra veya 35 yaşından büyük kadınlarda 6 ay korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebe kalamama olarak tanımlanmaktadır (American Society for Reproductive Medicine-ACOG 2019). Birleşik Krallık (National Institute for Clinical Excellence-NICE) Enstitüsü infertiliyeti 2 yıl korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebe kalamama olarak tanımlamaktadır (NICE 2010).

Dünyada'ki prevalansının zamanla (%10-%15) artmasıyla birlikte küresel bir sorun hale gelen infertilite, 1980 yılından bu zamana ciddi bir üreme sağlığı sorunu olarak görülmeye başlanmıştır (Drosdzol ve Skrzypulec 2008; WHO 2017). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'ne göre (ACOG) infertilite nedeni %40 kadın faktörlü, %40 erkek faktörlü ve %20'si de açıklanamayan infertilite olarak tanımlanmıştır (ACOG 2019). Britanya'da 16-74 yaş arasında toplam 15162 kadın ve erkekle yapılan infertilite prevelans çalışmasında, infertil olan kadın ve erkeklerin sırasıyla %57 (sekiz kadından biri) ve %53 (on erkekten biri) oranında infertilite tedavisi aradığı bildirilmiştir (Datta ve ark. 2016).

Sahra altı ülkeleri ile ilgili yapılan büyük bir araştırmada ise ulusal ortalama % 12,5 ile % 16 arasında değişmektedir (Larsen 2000). Inhorn (2003), Orta ve Güney Afrika bölgelerini %32'ye ulaşan oranlarda 'infertilite kuşağı' olarak tanımlarken diğer Güney Afrika ülkeleri (Botsvana, Zimbabve, Lesoto) 'nde ise infertil oranlarının %15–22 arasında olduğu bildirmektedir (Kumar 2007).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) göre en az 1 yıl içerisinde kontraseptif yöntemi kullanılmadan düzenli cinsel ilişkide bulunulmasına karşın gebelik oluşmaması primer infertilite olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte bir veya daha fazla hamileliği olmasına ragmen yeniden gebelik oluşmaması da sekonder infertilite olarak tanımlanır (ACOG 2019). Mascarenhas ve ark. (2012) sistematik literatür değerlendirmesine göre, sekonder infertilite oranlarının küresel olarak yaklaşık %10 olduğu ve primer infertilitenin 20-44 yaş arası kadınlar arasında yaklaşık %2 olduğu tahmin edilmektedir. Benksim ve ark. (2018) Fas'da infertil bireylerle yaptıkları çalışmada primer ve sekonder

infertilite oranları sırasıyla %67,37 ve %32,63'dir. Sormunen ve ark. (2018)'ın İsveç'te infertil bireylerle yaptıkları çalışmada primer infertilite oranı %78 sekonder infertilite oranı ise %22'dir.

2.1.1. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

İnfertilite için çeşitli etiyolojik faktörlerin insidansı incelenen popülasyona göre değişmektedir. Kadınlarda infertilite nedenleri %15 ile %20'si ovulator bozukluğu, %30 ile %40'ı endometriozis, adezyonlar veya tubal hastalık gibi pelvik faktörlerdir. Erkeklerde infertilite nedenleri ise %30 ile %40 oligospermi, semen viskozitesinin artması, sperm hareketliliğinin azalması veya semen hacminin azalması; %5'ten daha azı anormal sperm-servikal mukoza penetrasyonu veya anti-sperm antikorlarından kaynaklanmaktadır (Anwar ve Anwar 2016).

2.1.2. Kadına Ait Faktörler

Ovulasyon Bozuklukları

Ovulasyon bozuklukları aşağıdaki nedenlerden dolayı ortaya çıkar

Endokrin bozuklukları, hipotalamus ve hipofiz bezinin disfonksiyonu aşırı miktarda prolaktine yol açarak ovulasyonu önleyebilir. Ayrıca adrenal ve tiroid gibi diğer endokrin bezleri de ovulasyonu geciktirebilir. Luteal faz yetersizliği de %3-4 oranında infertilite nedeni olup kadınlarda en sık görülen endokrin bozukluk olarak belirtilmektedir. Luteal faz yetersizliği, ovulasyon sonrası progesteron yapımı yetersizliğine veya luteal faz süresinin kısa olmasına bağlı olarak oluşur. Bu yetersizlikten ötürü, endometrium gebelik için hazırlanamamakta ve gebelik gerçekleşmemektedir (Anwar ve Anwar 2016; Demirci ve Potur 2017; ACOG 2019).

Fiziksel bozukluklar, obezite, anoreksiya nervoza ve aşırı egzersiz gibi bazı fiziksel bozukluklar aşırı kilolu veya yetersiz beslenmeye ve daha sonra irregular menslere yol açarak infertiliteye neden olabilir (Anwar ve Anwar 2016; ACOG 2019).

Over bozuklukları, polikistik over hastalığı (PCOS) artan testosteron ve LH nedeniyle kısırlığa yol açabilir ve kas, yağ ve karaciğer hücreleri tarafından glikoz alımını azaltabilir ve pankreas tarafından büyük miktarlarda insülin üretilmesine neden olabilir. Düşük FSH seviyeleri ayrıca foliküllerinden ovum üretimini engelleyerek matür ovum oluşmaz ve bu durumda infertiliteye neden olur (Anwar ve Anwar 2016; Demirci ve Potur 2017; ACOG 2019).

Endometriyozis, infertilite olgularında sıkça görülen bir rahatsızlıktır. İnfertil olguların %30-50'sinde görülür. İnfertiliteye etkisi tam olarak anlaşılamasa da pelvik dokuda bozukluk yaratması, sperm veya embriyoya zarar vermesi gibi değişikliklere neden olduğundan infertiliteyi etkilediği düşünülmektedir (Anwar ve Anwar 2016; Demirci ve Potur 2017).

Tübal-peritoneal faktörler

Fallop tüpü açıklığının standart değerlendirmesi histerosalpingografidir. Bu yöntem, serviksten floroskopik görüntüleme altında radyopak madde enjekte edilerek uterus ve fallop tüpleri görselleştirilir. Test ayrıca uterus anormallikleri hakkında bilgi sağlamaktadır (Schankath ve ark., 2012; ACOG 2019). Histerosalpingografi sonucu anormal ise veya pelvik yapışıklıklar ve endometriozdan şüpheleniliyorsa laparoskopi yapılır. Ayrıca histerosalpingografi sonucu anormal ise uterusu daha detaylı değerlendirmek için histeroskopi de yapılır (Scoccia ve Ryden, 2009; ACOG 2019).

Pelvik İnflamatuar Hastalık (PID) gonore, peritonit, önceki tubal cerrahi ve fimbrial adezyonların ortaya çıkması tubal tıkanıklığa neden olabilir; sonuç olarak ovum serbest bırakılmaz ve fertilizasyona engel olabilir (Anwar ve Anwar 2016).

Karın cerrahisi sonrası skar dokusu, karın ameliyatlarından sonra skar dokusunun varlığı yumurtalıkların, fallop tüplerinin ve uterusun hareketini değiştirerek infertiliteye neden olabilir (Anwar ve Anwar 2016).

Psikoseksüel problemler

Vajinismus veya disparoni gibi psikoseksüel problemin varlığı döllenmeyi engelleyebilir ve çifti infertil hale getirebilir (Anwar ve Anwar 2016).

Vajinal-Servikal Faktörleri

Travma, cerrahi operasyon, enfeksiyon, servikal mukustaki anti-sperm antikorları da gebeliği geciktirebilir. İnfertil olguların %5-10'unundan servikal faktör sorumludur (Anwar ve Anwar 2016).

2.1.3. Erkeğe Ait Faktörler

Testis Disfonksiyonu

Testis disfonksiyonu, bozulmuş spermatogenezin en sık nedenidir. Testis disfonksiyonu ayrıca konjenital, edinilmiş veya idiyopatik testis yetmezliğine neden olabilir. Konjenital yetmezlik anorşi, testiküler disgenez ve kriptorşidizm olarak ortaya çıkabilir. Genetik anormallikler de konjenital yetmezliğe neden olabilir. En sık görülen iki genetik anormallik ise Klinefelter sendromu (47 XXY) ve Y kromozomu mikrodelesyonlarıdır (Jungwirth ve ark. 2012). Klinefelter sendromu prevalansı 500 erkekte 1000'de 1'dir (Bojesen ve ark. 2003). Yetişkin Klinefelter hastaları düşük testosteron seviyeleri, yüksek FSH ve LH seviyeleri ve hipergonadotropik hipogonadizm ile karakterizedir. Klinefelter hastalar, tam bir germ hücresi bulunmaması nedeniyle infertil olarak tanımlanmaktadır (Jungwirth ve ark. 2012).

Edinilmiş testis yetmezliği travma, testis torsiyonu, orşit, ekzojen faktörler (örn. ilaçlar), endojen faktörler (örn. sistemik hastalıklar, enfeksiyonlar, varikosel) veya testiküler vasküler anatomiye zarar verebilecek ameliyattan kaynaklanabilir. Varikoseller normal semen analizi olan erkeklerin %11,7'sinde ve anormal meni olan erkeklerin %25,4'ünde mevcuttur (Jungwirth ve ark. 2012). Varikosel kaynaklı erkek infertilitesinde yer alan diğer olası patofizyolojik mekanizmalar skrotal hipertermi, hipoksi, böbrek ve adrenal metabolitlerin reflü, hormonal dengesizlikler ve antisperm antikorların oluşumunu içerir (Jensen ve ark. 2017).

Posttestiküler Nedenler

Post-testiküler nedenler, ejakülatör disfonksiyon veya sperm iletimindeki tıkanıklıktan kaynaklanır. Tıkanma epididim, vas deferens veya ejakülasyon kanalında olabilir ve edinilebilir veya konjenital olabilir. Vaz deferens ve epididimisin doğuştan veya edinsel problemleri, infertiliteye neden olabilmektedirler (Lee ve Seo 2012). Epididimal obstrüksiyona epididimal enfeksiyon neden olurken, vas deferens kaynaklı obstrüksiyona ise bir enfeksiyon ya da vazektomi neden olabilir (Jungwirth ve ark. 2012).

Ejekülasyon Bozuklukları

Anejakülasyon infertilitenin başka bir nedenidir ve aynı zamanda erkeklerde sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Anejakülasyonu olan bir erkeğin değerlendirilmesinde hastanın orgazm yaşayıp yaşamadığını belirlemek önemlidir. Anejakülasyonun nedeni

tanımlanarak psikolojik nedenlerden kaynaklı ise psikoterapi desteği sağlanmalı, fiziksel sorunlar varsa tedavisi sağlanmalıdır (Jenkins ve Mulhall 2015).

2.2. İnfertilitede Tanı ve Tedavi Yönetimi

Infertilitenin temel olarak kadın partnerde olduğu yönündeki yaygın algıya rağmen, son yapılan çalışmalarda infertilite nedeni cinsiyetler arasında eşit olarak dağılmıştır. Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'ne göre (ACOG) infertilite nedeni %40 kadın faktörlü, %40 erkek faktörlü ve %20'si de açıklanamayan infertilite olarak tanımlanmıştır (ACOG 2019).

İnfertilitenin araştırılması ve tedavisinde her iki partner de etkilendiği için, konsültasyonda çiftlerin birlikte tanı aşamasından geçirilmesi tercih edilir. Tanı yönetiminde öncelikle her iki partner için de hasta öyküsü alınarak, önceki obstetrik öyküsü, infertilitenin primer mi veya sekonder mi olduğu belirlenir. Öykünün diğer önemli yönleri arasında her iki eşin de yaşları, pubertal gelişim öyküsü, gebe kalmaya çalışma süresi, cinsel ilişki sıklığı, ilaç öyküsü (reçetesiz satılan ilaçlar dahil), alkol, sigara ve yasadışı uyuşturucu kullanım durumu sorgulanmaktadır (NICE 2013; Thurston ve ark. 2019)

Kadın değerlendirmesinde; hasta öyküsü ve fiziksel muayeneye ek olarak, infertilitenin olası bir nedenini belirlemek için bazı temel testler (AMH, FSH, E2) yapılmaktadır. (Reichman ve ark. 2014; Thurston ve ark. 2019). Bir diğer önemli test ise döngü ortasında spontan ovulasyon olup olmadığını belirlemek için elde edilen luteal faz progesteron düzeyini ölçer (Guermandi ve ark. 2001; Thurston ve ark. 2019). Bu test tipik olarak sonraki adet döneminden 7 gün önce yapılır (Child 2013).

Fallop tüpü açıklığının standart değerlendirmesi histerosalpingografidir. Bu testte, serviksten floroskopik görüntüleme altında radyopak boya enjekte edilerek rahim ve fallop tüpleri görselleştirilir. Test ayrıca uterus dolgusu kusurları ve kontur anormallikleri hakkında bilgi sağlayacaktır (Schankath ve ark. 2012).

Hormonal ve fallop açıklık testlerinin sonuçlarına göre, daha gelişmiş testler yapılmaktadır. Histerosalpingografi sonucu anormal ise veya pelvik yapışıklıklar veya endometriozdan şüpheleniliyorsa laparoskopi, uterusu daha detaylı değerlendirmek için histeroskopi de yapılır. Histerosonografi ise miyom veya poliplerden şüpheleniliyorsa yapılır (Scoccia ve Ryden 2009).

Erkek partnerin tıbbi geçmişi (kabakulak, orşit veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar), önceki kriptorşidizm, travma veya önceki onkolojik tedaviler sorgulanmalı, fiziksel muayeneye ek olarak da sperm parametrelerinin değerlendirmesi için de semen analizi testi yapılmaktadır (Thurston ve ark. 2019). Bu test spermin sayısını, morfolojisini ve hareketliliğini ölçmektedir. İlk semen analizi sonucu anormal ise, test ilk analizden 1 ile 3 ay sonra tekrarlanacaktır ve sonuçlar hala normal parametrelerin dışındaysa, üroloji uzman klinisyenlere yönlendirilir. (Child 2013) Standart bir ürolojik değerlendirme, testis büyüklüğünü veya klinik olarak belirgin bir varikosel veya tümör varlığını değerlendirmek için fiziksel bir muayeneyi içermektedir. Doppler ultrasonografi, subklinik varikoseli dışlamak için de kullanılabilir. Şiddetli erkek faktörlü infertilite tespit edilirse Y kromozom mikrodelesyonu için test yapılması önerilmektedir (Stevenson ve ark. 2016).

Tedaviye başlamadan önce infertiliteye neden olan anatomik ya da fizyolojik sorunlar varsa ortadan kaldırılmalı ve her iki bireyin de HIV, hepatit B, hepatit C taraması yapılmalıdır (NICE 2013). Tedavi yönetiminde in vivo fertilizasyon (ovulasyon stimülasyonu, intrauterin inseminasyon) ve in vitro fertilizasyon tedavisi olarak yardımcı üreme teknolojisi (ART) geniş başlığı altında sınıflandırılır (Schorsch ve ark. 2013).

İntrauterin inseminasyon (IUI) işlemi esas olarak açıklanamayan infertilitede kullanılır. Partnerden veya donör erkekten alınan spermler laboratuvar ortamında hazırlanarak katater yardımı ile doğrudan rahim içine yerleştirilir. İdeal olarak bu prosedür, foliküler büyümenin ultrasonografik değerlendirmesine veya ovulasyonu gösterecek preovulatuar luteinize edici hormon düzeyi ile koordine olacak şekilde titizlikle zamanlanır (National Institute for Clinical Excellence- NICE 2013).

Ovulasyon indüksiyonu, sıklıkla in vitro fertilizasyondan (IVF) önce gelen bir tedavi seçeneğidir. Olgunlaşan foliküllerin sayısını artırmak için genellikle fertilite ilaçları olarak adlandırılan ilaçlar kullanır. Anovülasyon veya oligo-ovülasyonu olan kadınlarda kullanılan ajanlar oral letrozol (endikasyon dışı kullanım) ve oral klomifen sitrattır. Eğer bir gebelik elde edilemezse veya over indüksiyonu çiftin spesifik klinik teşhisi için kabul edilebilir değilse, bu durumda IVF sıklıkla tercih edilebilir (Soria ve ark. 2012; Veltman-Verhulst ve ark. 2016).

İn Vitro Fertilizasyon (IVF), dişi üreme sistemi içinde döllenmenin meydana geldiği IUI'nin aksine, IVF’de kadından toplanan oositler ile spermlerin laboratuvar

ortamında birleştirilerek döllenmesi sağlanır (National Institute for Clinical Excellence-NICE 2013). Daha fazla oosit verimi sağlamak için daha yüksek dozlarda stimülasyon ilaçları verilir ve oosit alımı sırasında tüm oositler fertilizasyon için alınır. IVF döngüsü sırasında süreç tipik olarak şu şekildedir: temel pelvik ultrasonografi, enjekte edilebilir gonadotropinlerle over stimülasyonu, ultrasonografi ve serum hormon seviyeleri ile folikül gelişiminin izlenmesi, enjekte edilebilir hCG uygulaması, transvajinal oosit alımı, laboratuvarda döllenme ve embriyo transferi olmak üzere süreç sonlandırılır (ACOG 2019).

İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), IVF döngüsü sırasında geliştirilmiş ve sunulabilecek ek bir tedavi yöntemidir. 1990'ların başında başlatılan ve daha sonra doğrudan oosite enjekte edilen bir spermatozoonun izolasyonunu içeren bir prosedürdür. Bu prosedür, diğer yöntemler gelişmesine ragmen, erkek infertilite teşhisi konmuş çiftler için yararlı olmuştur (Stevenson 2016).

İnfertilite ve infertilite tedavisi süresince kadınların ve erkeklerin verdikleri tepkiler çeşitli psikolojik sorunlara yol açabilir. İnfertilite nedeni erkek faktörlü olsa da doğurganlık kadınların sorumluluğunda tutulduğu için kadınların gebelik olmadığında yaşadıkları stres düzeyi erkeklere göre daha fazladır. Ancak çiftlerin tedaviye ilişkin yaşadıkları stres, tedaviyi sürecini olumsuz etkileyerek başarısız tedavi denemeleri ile daha da artmaktadır (Özçelik ve ark. 2007; Wischmann ve ark. 2009; Erbil ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda da infertilitenin ve tedavi sürecinin bireylerde/çiftlerde stres, depresyon ve anksiyete düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir (Özçelik ve ark. 2007; Wischmann ve ark.2009; Deka ve Sarma 2010).

2.3. İnfertilitenin Çift Üzerine Etkileri

2.3.1. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri

Doğurganlığın sosyokültürel inşası, bireylerin ve toplumların üremeye atfettiği önemden kaynaklanmaktadır. Ebeveynlik, genellikle kişinin sosyal ağının üyelerinin çocuk sahibi olmanın beklentilerini, niyetlerini, heyecanlarını ve zorluklarını pekiştirdiği sosyal öğrenme tarafından teşvik edilir. Pek çok kültürde, çocuk doğurma kişinin ailesi, komşuları, kardeşleri ve akranları tarafından teşvik edilir. (Lois ve Arranz Becker, 2014). Ayrıca, ebeveyn tutumları ve değerleri de doğurganlık davranışlarını ve yönelimlerini etkiler. İnfertilite aynı zamanda damgalanmaya, sosyal dışlanmaya, aile içinde hak sahibi olma rolünün kaybına yol açan ciddi bir sosyal sorun olarak algılanmaktadır. Literatür,

çoğu kültürde "çocuksuz olmanın" istenmeyen bir sosyal rol ve infertilitenin "beklenmedik bir yaşam geçişi" olduğunu belirtir. Çocuk sahibi olamayan infertil kadınlar, infertil partnerlerine göre daha fazla olumsuz durumla (öz saygı kaybı, fiziksel, duygusal ve ekonomik sorunlar gibi) karşı karşıyadır (Lois ve Arranz Becker 2014; Luk ve Loke 2015).

Toplumda çocuk sahibi olma, statü sembolü olup aynı zamanda soyun devamı olarak düşünülmektedir. Geleneksel kültürlerin çoğu, özellikle evliliğin tamamlanmasının bir göstergesi olarak doğurganlığa yüksek sosyal değerler koymaktadır. Bununla birlikte çocuk sahibi olmak ucuz emeğin garantisidir, bu nedenle infertilite nedeni kadın faktörlü olan çoğu evlilikte erkeklerin başka kadınla evlenmesi beklenmektedir. İnfertilite nedeni erkek faktörlü olduğu zamanda erkekler kendilerini alkolizm, madde kullanımı ve sigara gibi zararlı maddelere yönelirler (Fries ve ark. 2006; Karlıdere ve ark.2007; Kırca ve Pasinlioğlu 2013; Keramat ve ark. 2014).

Gelişmekte olan ülkelerde, infertilitenin nedeni ne olursa olsun, ataerkil aile yapıları nedeniyle çocuksuzluk etiketi kadınlar için daha yüksek toplumsal sorundur. Çocuksuzluk kişisel değer, sosyal güvenlik, statü, cinsiyet kimliği, aile soyu için bir tehlike olarak deneyimlenebilir (Dyer ve ark. 2009). Örneğin Güney Asya'da infertilitenin evlilik ilişkilerinde bozulma ve aile içi şiddetle ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca, bu tür ülkerde infertil kadınlar terk edilme, taciz ve toplum içinde kişiler arası uyumsuzluk ile karşı karşıyadır. Güney Nijerya'daki ise bazı topluluklarda gebelik ve doğum, olgun kadınlık aşamasına girmenin ön koşuludur ve çocuksuz kadınlara kocaları ve kayınvalideleri tarafından “erkek” olarak hakaret edilir. Çocuk sahibi olamayan erkek ise gerçek bir erkek olarak görülmezler ve sıklıkla “kadın” olarak aşağılanırlar. Gana'da ise infertil olan çiftler sosyal olarak damgalanır ve toplumdan soyutlanır (Ganguly ve Unisa 2010; Ganth ve ark. 2013; Patel ve ark. 2016).

2.3.2. İnfertilitenin Sosyo-Ekonomik Etkileri

İnfertilite ve tedavi süreci, bireylerin psikolojilerini ve evlilik ilişkilerini olumsuz etkilemesiyle birlikte ekonomik durumlarını da olumsuz etkileyerek manevi zorluğun yanında maddi zorluk da getirmektedir. İnfertilite tedavisinin maliyetli olması, sağlık sigortasının tedavinin hepsini karşılamaması, iş yerinden izin alamama, tedavi için yeterli zamanın olmaması ve bu nedenle çalışan kadınların işlerini ve kariyerlerini bırakması

gibi çeşitli stresörler, infertil tedavisini olumsuz etkileyerek başarısızlıkların yaşanmasına neden olmaktadır (Schmidt 2006; Ünal ve ark. 2010; Koçyiğit 2012)

2.3.3. İnfertilitenin Evlilik Uyumuna Etkileri

İnfertilitenin psikosoyal etkilerinden biri de evlilik uyumunda bozulmadır. İnfertilite süresinin uzun ve karmaşık olması ve edinilen başarısız sonuçlar; eşler arasında hayal kırıklığına, suçluluk hissine ve eşlerinin birbirlerini suçlamalarına neden olabilir. Bununla birlikte geçmişte yaşanan ve çözümlenemeyen sorunlar da eklenerek evlilik uyumunda bozulmalar gözlenebilir (Taşçı ve ark.2008; Güleç ve ark.2011). Yapılan çalışmalarda infertil kadınların, infertil erkeklere göre evlilik uyumlarının daha çok bozulduğu ve eşlerinin ailesi tarafından baskıya maruz kalındığı ifade edilmiştir (Gülseren ve ark., 2006; Güleç ve ark. 2011; Bodur ve ark. 2013; Seymenler ve ark. 2018).

İnfertilitede evlilik uyumunun bozulmasının yanında çiftler arasında cinsel hayatlarında da sorunlar gözlenebilmektedir. Çünkü infertilite tanısı koyulmasıyla birlikte tedavi boyunca planlanan cinsel zorlanmalar, çiftler arasında cinsel hayata bir saldırı gibi düşünülebilir. Ayrıca cinselliğin amacı zevk almaktan çok sadece üreme aracı haline dönebilir ve bu durumda eşler arasında cinsel işlev bozukluğuna ve cinsel tatminsizliğe yol açabilir (Audu 2002; Tashbulatova 2007; Güleç ve ark. 2011; Carter ve ark. 2011; Bodur ve ark. 2013; Amiri ve ark. 2016) Yapılan çalışmalarda İnfertilitenin özellikle kadınları evlilik ilişkilerinde daha olumsuz yönde etkilediği ve çiftler arasında cinsel ilişki sıklığını ve cinsel doyumu azalttığı saptanmıştır. Sonuç olarak infertilite, evlilik ve cinsel yaşamı olumsuz etkileyen en önemli faktör olarak görülmektedir (Monga ve ark. 2004; Güleç ve ark. 2011; Carter ve ark. 2011; Bodur ve ark. 2013; Amiri ve ark. 2016).

2.3.4. İnfertilite Krizi

İnfertilite, milyonlarca çift için önemli bir sorun olup dünyanın her yerinde bireyleri çeşitli sosyo-kültürel, duygusal, fiziksel ve finansal konularda olumsuz etkileyen bir yaşam krizidir (Burns 2007). Bu krizin ilk evresi şok-inanmama evresidir. Çiftler bu evrede infertiliteye karşı hazırlıksız olup gerginlik yaşar. Bu evreyi inkar evresi takip eder ve çiftler yaşadıkları hayal kırıklıklarını, yaşadıkları stres ve cinsel birliktelerinin az olması gibi nedenlerle geçiştirirler. Çiftlerin karşılacağı diğer bir evre olan anksiyete evresinde ise infertilite tedavisi gören bireylerde korku ve terk edilme duygusu ortaya

çıkabilir, kendisini yetersiz görebilir, hatta tıbbi yardım almaktan da utanabilir. Tanı ve tedavi için yapılan işlemlerin girişimsel olmaya başlamasıyla da ankisyete artar (Akdeniz ve Gönül 2004; Burns 2007; Özçelik ve ark. 2007).

Çiftlerin karşılaşabileceği bir sonraki evre ise öfke evresidir. Başta kendi olmak üzere, eşine ve çevresine karşı öfke duyarlar ve geçmişte yaşadıklarından dolayı cezalandırıldıklarını düşünebilirler. Ayrıca bu evrede boşanma durumu ve intihar girişimi de gözlenebilir. İnfertil çiftlerin karşılaşabilecekleri diğer bir evre de kontrol kaybı evresidir. Tedavi süreci içerisinde çiftlerin özel hayatları ve cinsel yaşamları kontrol altına alınır bu durum çiftlere mahremiyetlerini kaybediyormuş hissi yaşatabilir. Ayrıca kadınlar bu evrede gebe olan kadınlarla paylaşacakları şeylerin olmadığını düşünür ve arkadaşlarıyla görüşmek istemeyip yalnız kalmayı tercih edebilir (Akdeniz ve Gönül 2004; Burns 2007; Özçelik ve ark. 2007).

Karşılaşılabilcek diğer bir evre ise suçluluk evresi olup bu evrede infertil partner, eşinin çocuk sahibi olmasına engel olduğunu düşünür ve toplumsal cinsiyet rolünü yerine getiremediği için de suçluluk duyabilir. Ayrıca çiftlerin yaşam kalitesi düşer, her şey önemini yitirir, yaşama karşı ilgi ve istek azalır ve bununla birlikte depresyon yaşanabilir. Eğer çiftler durumlarını ve duygularını tanıyıp kabullenirlerse, kabul etme ve uyum evresine girerler. Sonraki evre olan çözülme evresinde ise çiftlerde yadsımanın yerini gerçekler alır, olumsuz duygularla başa çıkılmaya çalışılır, çevreleriyle tekrar iletişime geçerler ve çiftler alternatif tedavi arayışına girer. (Duvan ve ark. 2003; Akdeniz ve Gönül 2004; Burns 2007; Özçelik ve ark. 2007).

2.3.5. İnfertilitenin Psikoloik Etkileri ve Cinsiyete Özgü Farklılıklar

Kadınların ve erkeklerin infertiliteye yüklediği anlam farklı olduğunda dolayı infertil olmalarına karşın cevapları ve tedavi süresince tepkileri farklı olmakla birlikte, duygularını dışavurumları da farklıdır. Kadınlar duygularını daha açık ve rahat ederken, erkekler sorun yokmuş gibi davranmaya yönelebilir. (Deka ve Sarma 2010; Kırca ve Pasinlioğlu 2013; Seymenler ve ark. 2018). Kadın için infertilite doğuramama, evlat sahibi olamama, toplumsal cinsiyet rolünü yerine getirememe, kendini toplumdan soyutlanmış hissetme, yetersiz, eksik, suçlu ve benlik değerinde azalma olarak algılanmaktadır (Ünal ve ark. 2010; Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay 2015; Seymenler ve ark. 2018).

Tedavi süresince birçok kadın hamile kalabilme kaygısıyla anksiyete, umutsuzluk, depresyon, suçluluk, kızgınlık, ve daha yoğun emosyonel stres deneyimler ve daha fazla kişisel sorumluluk hisseder (Chiaffarino ve ark. 2011; Aflakseir ve Zarei 2013; Mohammadzadeh ve ark. 2019). Chen ve ark. (2004) Tayvan'da yaptığı çalışmada infertil kadınların %28,6'sında anksiyete, %17'inde majör depresyon, %9,8'inde distimik bozukluk olduğu belirlenmiştir. Ramezanzadeh ve ark. (2004) Tahran'da yağtığı çalışmada infertil kadınların %40,8'inde depresyon ve %86,8'inde anksiyete olduğu saptanmıştır. Klemetti ve ark. (2010) Finlandiyada yaptıkları çalışmada infertil çiftlerin fertile çiftlere göre duygudurum bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunun daha yaygın olduğu ve infertile çiftlerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Verma ve Baniya (2016) Hindistanda 70 infertil ve 70 fertil kadınlar arasında depresyon düzeyini değerlendirdikleri çalışmada, infertil kadınların (%57,1) fertil kadınlara (%11,4) göre daha yüksek düzeyde depresyonda oldukları belirtilmiştir.

Erkek için infertilite; baba olamama, doğurtamama, neslini devam ettirememe, toplumda ve iş hayatında statü düşüklüğü ve yaşlılıkta sosyal güvence azlığı olarak algılanmaktadır. (Karlıdere ve ark. 2007; Taşcı ve ark. 2008; Deka ve Sarma 2010). İnfertil erkekler, kadınlara kıyasla duygularını gizledikleri için, depresyon ve anksiyete düzeylerinin kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir (Deka ve Sarma 2010). Mohammadzadeh ve ark. (2019) Tahran'da İranlı infertil çiftler arasında yaygın anksiyete bozukluğu ve ilişkili risk faktörlerinin belirlendiği çalışmasında, 1146 infertil çifttte, erkeklerin% 19,5'inin ve kadınların% 36,6'sının sırasıyla orta ve şiddetli anksiyete seviyelerine sahip olduğunu belirtmiştir.

2.4. İnfertilite Hemşireliği ve Rolleri

İnfertilite tanısı, tedavisi ve prosedürü çiftler üzerinde yoğun stres, kaygı gibi psikososyal etkiler oluşturan ve maddi olarak da zorlayan bir süreçtir. Bu süreçte infertil çiftlerle ilk karşılaşan infertilite hemşireleri, tedavi ile ilgili karar vermede, çiftlerin yaşadığı stres ve kaygıyı azaltmada, kişiler arası ilişkilerini geliştirme ve sürdürmede mutidisipliner ekibin anahtar rolünü üstlenmektedir (RCOG 2011).

İnfertilite hemşiresi kanıt temelli tıbbi bakım vermenin yanında, tedavinin her aşamasında kanıta dayalı eğitim ve danışmanlık rolünü üstlenerek, çiftlere tedavi öncesi yapılması gereken testler hakkında bilgi vermeli, tedavi yöntemi, alternatifleri ve tedaviye ilişkin beklentiler hakkında konuşmalı, stres ile başa çıkma konusunda yardımcı olmalı,

infertilite kriz evrelerini tanımalı ve kriz çözümünde yardımcı olmalı, piskolojik, duygusal ve sosyal açıdanda destek olmalı ve gerekirse uzmana yönlendirilmelidir. Ayrıca hemşireler infertil çiftlere üreme sistemi anatomisi ve fizyolojisi, cinsellik ve cinsel sağlık hakkında ayrıntılı bilgi vermelidir. Eğitim ve danışmanlık süresi boyunca hemşireler çiftlere empati ve anlayış göstermeli, etkili iletişim teknikleri kullanarak ve uygun ortam sağlayarak çiftler konuşmaya cesaretlendirmeli ve soruna yönelik önerilerde bulunulmalıdır (RCOG 2011, Norre ve Wischman 2011).

Bazı ülkelerde çiftlerin tedavi öncesi psikolog veya hemşire tarafından psikolojik destek/danışmanlık hizmeti almaları zorunludur (Libraro 2010). Örneğin Yeni Zelanda hemşireleri, infertilite kliniklerindeki hastalara tedavi süresince psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Payne ve Goedeke 2007). Amerika'da ise hemşirelerin tek başına ultrasonografi, post-koidal test, intrauterin inseminasyon ve oosit toplamada yer aldığı ve bazı hemşirelerinde embriyo transferi sırasında önemli rol oynadığı belirtilmiştir (Mitchell ve ark. 2005).

2.5. Cinsellik ve Cinsel sağlık

Cinsellik, bireyin kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olup biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemler arasındaki karmaşık etkileşimleri içeren cinsel ve üreme faaliyetlerinin somutlaşmış halidir. Cinsellik kişisel bütünlük, kimlik, beden imajı, bağ ve sosyal merak ile yakından bağlantılı olup çekicilik, düşünceler, fanteziler ve cinsel rollerin bir kombinasyonudur (WHO 2006; Graugaard 2017).

Cinsel sağlık, cinselliğe ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali olmakla birlikte, güvenli cinsel deneyimlerin de yaşanmasını kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, genel sağlık anlayışının devamı olarak sağlıklı cinsel yaşamın pozitif ve biyopsikososyal açıdan tanımlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte cinsel sağlığın sağlanması ve sürdürülmesi için cinselliğin zorlama ve şiddet içermemesi, herkesin cinsel haklarına saygı duyulması ve korunması ve güvenli cinsel yaşamlarının olması gerekir (WHO 2010).

2.5.1. Cinsel İşlev Fizyolojisi

Cinsel davranış biçimlerine ilişkin ilk kapsamlı çalışma, Kinsey ve ark.'nın (1953) cinselliğin epidemiyolojisine ilişkin yayınladığı rapor olmuştur. Bu çalışmanın ardından Master ve Johnson (1966), insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş,

cinsel yanıt döngüsünün sırasıyla istek/uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olmak üzere 4 evrede olduğunu ve erkek ve kadında cinsel yanıtta görülen farklıları belirtmiştir. Ancak Amerikan Üroloji Derneği tarafından cinsel yanıt döngüsünde plato fazı kullanılmamaktadır (Montorsi ve ark. 2010).

Cinsel İstek Fazı

Cinsel yanıt döngüsünün ilk basamağı ve en önemli evresi olup bireye özgü uyarılmayı içermektedir. Bu faz, kadını cinsel uyarılma ve heyecanlanmaya hazırlar ve cinsel aktiviteyle ilişkili tüm düşünceleri, hayalleri, kadının arzuladığı kişiyi düşünmesi ve onunla ilgili fanteziler kurmasını içerir. Erkeklerde androjenler rol aldığı için bu fazda görsellik ön plandadır (CETAD 2007; Bradford ve ark. 2015).

Cinsel Uyarılma Fazı

Bedende fizyolojik değişikliklerin en belirgin evresidir. Uzunluğu ve şiddeti kişiye göre değişmektedir. Erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi bu dönemde olur. Vasküler ve nöromüsküler sistem koordinasyonu ile refleksler vajinal ve klitoral sinir uyarısı yaparak kadında ıslanma (lubrikasyon) ve cinsel organda kabarma, uterusun hacminde artma klitorisin boyu ve duyarlılığında artma ve meme uçlarında büyüme olurken, erkekte cinsel organ kaslarında kasılma ve ereksiyon oluşur. Ayrıca kalp atışı ve kan basıncında artma, hızlı nefes alma, ateş basması, kas gerginliği ve deride renklenme de gözlenmektedir (CETAD 2007; Bradford ve ark. 2015).

Orgazm Fazı

Orgazm fazı, diğer evrelere kıyasla kısa sürmesine rağmen cinsel zevkin ve hazzın zirveye ulaştığı evredir. Uyarılma fazı sırasında oluşmuş olan gerilimle anüs çvresinde ve cinsel organların çevresindeki kaslarda ritmik kasılmalar ile boşalma eylemi gerçekleşir. Erkeklerde boşalmanın en iyi göstergesi ejakülasyondur. Kasılmaların şiddeti her bireyde yaşanan hazza göre değişmektedir. Ayrıca kalp atışında, kan basıncında ve solunum sayısında ki artış ile vücut sıcaklığı en üst seviyeye ulaşır (CETAD 2007; Bradford ve ark. 2015).

Çözülme Fazı

Cinsel yanıt döngüsünün son evresi olup kaslarda gevşeme ile birlikte rahatlama hali gözlenir ve kişi kendini iyi hisseder. Kadınlarda vajina kabarması, genişlemesi ve kayganlık durumu kaybolur. Erkeklerde penis normal haline döner. Bu fazda erkekler

kısa sürede yeniden uyarılamadıkları için ereksiyon veya orgazm yaşanmayabilir. Ancak kadınlarda ise refraktör dönem olmadığından ard arda orgazm yaşanabilir (CETAD 2007; Bradford ve ark. 2015).

2.6. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Kadın cinsel işlev bozuklukları, her yaştan kadını etkileyen ve heterojen bir dizi etiyoloji ve katkıda bulunan faktörlerden kaynaklanan bir grup cinsel şikayet ve bozukluğu içerir. Kadın cinsel işlev bozukluğu, bir kadının yaşam kalitesi üzerinde zararlı etkileri olan yaygın bir sorundur. Kadındaki cinsel işlev bozuklukları için sınıflandırma sistemi cinsel istek, uyarılma, orgazm ve ağrı bozuklukları olmak üzere kategorilendirilmiş olup yaş, eğitim, fiziksel ve psikolojik sağlık gibi çeşitli psiko-demografik özelliklerle ilişkilidir (Jha ve Thakar 2010; İncesu 2011)

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında- DSM V, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-V) kadın cinsel işlev bozukluğunu cinsel ilgi/uyarılma, orgazm, genito-pelvik ağrı-penetrasyon ve maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozuklukları olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte bu bozukluklar çeşitli fizyolojik ve psikolojik risk faktörleri nedeniyle kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir (Buster 2013; Jha ve Thakar 2010; Beji ve Özcan 2018).

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu, dünya çapında bir halk sağlığı sorunu olup yaygınlığı %30 ile %63 arasında değişmektedir (ACOG 2019; Clayton ve Valladares 2019). Mısır da yapılan çalışmada kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğu prevalansı %76,9 (Hassanin ve ark. 2010), ABD ve Avrupa'da yapılan çalışmada ise bu oran %34–40 olarak bildirilmiştir (Moreira ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan çalışmada ise kadınların %53,2'sinde cinsel işlev bozukluğu görülmektedir (Kılıç 2019).

Kadınlarda cinsel işlevi etkileyen faktörler incelendiğinde; yaş, doğurganlık durumu, hormonal düzeyler, kronik hastalıklar, jinekolojik cerrahi öyküsü, sosyoekonomik faktörler, yaşam kalitesi, eğitim düzeyi, eş ile ilişki, eşin genel ve cinsel sağlığı, cinsel bilgi ve davranışlar, aile planlaması yöntemleri ve fiziksel ve ruh sağlığının etkilediği görülmektedir (Oniz ve ark. 2007; Kütmeç 2009; Laumann ve ark. 2009; Jha ve Thakar 2010). Malezya'da yapılan çalışmada kadın cinsel işlevi bozabilecek risk faktörleri incelendiğinde büyük yaş grubu, daha az cinsel ilişki (haftada üç kereden az), 14 yıldan fazla evli olmak, daha fazla çocuk sahibi olmak, yaşlı bir kocayla (42 yaşından büyük) evli olmak, premenopozal dönemde olmak ve daha yüksek akademik statüye

sahip olmak şeklinde belirtilmiştir (Sidi ve ark. 2007). Amerika'da yapılan bir çalışmada cinsel disfonksiyona neden olan risk faktörleri değerlendirildiğinde, yaş faktörü, gelir düzeyi, fiziksel aktivite düzeyi ve psikolojik rahatsızlıklar olarak tespit edilmiştir (Laumann ve ark. 2009).

2.6.1. Kadınlarda Cinsel İlgi-Uyarılma Bozukluğu

Cinsel ilgi veya uyarılma eksikliği veya önemli ölçüde azalması, aşağıdaki özelliklerden en az üç belirtiyle kendini gösterir:

1. Cinsel aktiviteye ilginin olmaması veya azalması,
2. Cinsel / erotik düşüncelerin veya fantezilerin yok olması / azalması
3. Partneriyle cinsel aktivitenin başlatılamaması/azaltılması veya partnerinin birlikteliği başlatma girişimlerine ilişkin tepkisinin azalması / yokluğu
4. Cinsel aktivite sırasında (neredeyse %75-%100) cinsel heyecan/zevk olmaması/azalması
5. Cinsel/erotik uyarılara karşı (örn. yazılı, sözlü, görsel) cinsel ilgi/uyarılma azalması/yokluğu
6. Cinsel aktivite sırasında neredeyse tümünde (yaklaşık %75 - %100) genital veya non-genital duyumların olmaması / azalması (APA 2013; McCabe ve ark.2016).

2.6.2. Kadın Orgazm Bozukluğu

Bu bozukluk en az yaklaşık 6 ay boyunca cinsel aktivitenin neredeyse tümünde veya hepsinde (yaklaşık %75 - %100) aşağıdaki semptomlardan ve deneyimlerden biri ile kendini gösterir:

1. Orgazmda belirgin gecikme, belirgin seyreklik veya orgazm yokluğu
2. Orgazmik hislerin yoğunluğunun önemli ölçüde azalması (APA 2013; McCabe ve ark.2016).

2.6.3. Genito-Pelvik Ağrı-Penetrasyon Bozukluğu

Bu bozukluk en az yaklaşık 6 ay boyunca aşağıdaki belirtilerinden en az biriyle kalıcı veya tekrarlayan zorluklar olarak kendini gösterir:

1. Cinsel ilişki sırasında belirgin bir zorluk
2. Cinsel ilişki sırasında belirgin vulvovajinal veya pelviste belirgin ağrı hissetme

3. Cinsel ilişkiden hemen önce yada cinsel ilişki sırasında veya sonrasında vulvovajinal veya pelviste ağrıya ilişkin belirgin korku veya endişe duyma
4. Cinsel ilişki sırasında pelvik taban kaslarını belirgin bir şekilde kasma yada germe (APA 2013; McCabe ve ark.2016).

2.6.4. Madde Ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları

Maddenin/ilacın neden olduğu cinsel işlev bozuklukları hakimdir. Ancak klinik görünümde cinsel işlev bozukluğuna madde/ilaç dışında neden olacak herhangi bir problem olmamalıdır. Tedavisi ise kullanılan madde yada ilaca yönelik olmalıdır (Ishak ve Tobia 2013).

2.6.5. Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Cinsel işlev biyopsikososyal bir süreç olup, cinsel sorunların temelinde organik ve psikolojik bileşenler olduğundan dolayı cinsel işlev bozukluğu çok disiplinli değerlendirmeyi gerektirir (Buster 2013; Jha ve Thakar 2010).

Cinsel işlev bozukları tanısında öncelikle ayrıntılı bir tıbbi ve jinekolojik geçmiş, mevcut sağlık durumu, üreme geçmişi, endokrin sistemi incelemesi, tiroid rahatsızlıkları ve psikiyatrik rahatsızlıklar sorgulanır. Bununla birlikte reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar ve alternatif ilaçlar da dahil olmak üzere mevcut ilaç kullanımı da öğrenilmelidir. Ayrıca teşhis için ayrıntılı bir klinik muayene de önemlidir. Klinik muayene vajinal atrofi, kuruluk ve ağrıyı tetikleyen noktaların kanıtlarını aramak için pelvik muayeneyi de içermelidir. Klinik ortamda çalışan sağlık profesyonelleri için zaman da çok önemlidir. Klinik bir karşılaşmada cinsel işlevle ilgili soruları pratik olarak dahil etmek için zaman olmayabilir. Zaman sorununa yardımcı olmak için, bazı klinisyenler cinsel işlev bozukluğunun derecesini tanımlamak için tasarlanmış doğrulanmış araştırma anketleri/ölçekleri kullanır. Örneğin bu tür ölçeklerden biri istek, arzu, kayganlık, ağrı ve orgazm potansiyelini değerlendiren Kadın Cinsel İşlev Ölçeğidir (Jha ve Thakar 2010; Stephenson ve ark. 2016; McCabe ve ark. 2016; Krakowsky ve Grober 2018).

Tedavi, her çift için cinsel işlev bozukluğunun altında yatan nedene göre kişiselleştirilmelidir. Bu süreçte hastaya ve partnerine cinselliğin fizyolojisi ve anatomisi hakkında eğitim vermek çok önemlidir. Ayrıca yaşlanma ve/veya sakatlık ile fizyolojik değişiklikler ve vasküler disfonksiyonun yanı sıra hastanın genel sağlığı ile cinsel işlevi arasındaki ilişki açıklanmalıdır. Reçeteli ilaçların azaltılması veya hatta mümkünse

kaçınılması gerekebilir. Sigarayı bırakmak ve aşırı alkol tüketimi de faydalı olabilir (Jha ve Thakar 2010; Malmborg ve ark 2016).

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluklarının tedavisinde temel amaç kadında cinsel ilgi ve uyarıyı azaltan risk faktörlerini ortadan kaldırıp, kadının cinsel arzularına yönelik bir cinsel hayatın sağlanmasıdır. Bu nedenle öncelike ayrıntılı bir cinsel öykü alınmalıdır. (Jha ve Thakar 2010). Tedaviler arasında vajinal östrojen ile hormon replasmanı tedavisi, androjen takviyesi, tibolone, ospemifene gibi hormonal tedaviler ile bupropion, sildenafil, ginkgo biloba gibi bitkisel tedaviler, eros-klitoral cihazı, flibanserin ve bireysel ve/veya çift psikoterapi/seks terapisi gibi hormonal olmayan tedaviler bulunur (Clayton ve Juarez 2019). Ancak bugüne kadar sadece menopoz sonrası kadınlarda onaylanan ve kullanılan Flibanserin dışında herhangi bir kadın cinsel işlev bozukluğunun tedavisi için onaylanmış hiçbir farmakolojik tedavi yoktur (Joffe ve ark. 2016). Flibanserinin cinsel isteği arttırmasıyla birlikte cinsel aktvite sayısını da arttırdığı, distresi azaltığı belirtilmiştir (Thorp ve ark. 2012). Ayrıca tedavilere ek olarak kadınların eşleriyle cinsel iletişim kurması desteklenir, mastürbasyon eğitimi ve cinsel hislere yeterince katılmalarını (duyusal odaklanma) öğreten ödevler de verilir (Cortelazzi ve ark. 2013; Pontiroli ve ark. 2013).

Orgazm bozuklukları genellikle duruma bağlıdır. Genellikle cinsel disfonksiyonunun diğer evrelerinde yaşanan sorunlar ile de ilişkilidir. Öncelikle fizik muayenede klitoris değerlendirilir. Nedene yönelik (organik/psikolojik) tedavi uygulanır. Bu sorunu yaşayan kadınlar, bazı özel uyarım biçimleriyle kolayca ve güvenilir bir şekilde orgazma ulaşabilirler. Örneğin, kadınlar genellikle manuel stimülasyonla güvenilir bir şekilde orgazm olurken cinsel ilişki ile orgazm olamayabilir. Bu durumda en etkili tedavi, bir kadının olumsuz tutumlarını değiştirerek ve anksiyeteyi azaltarak önce bedeniyle sonra da kendi cinselliğiyle rahat olmayı öğrendiği bilişsel-davranışçı bir yaklaşımdır. Davranışsal tedaviler arasında yönlendirilmiş mastürbasyon ve duyusal odak egzersizleri yer alır (Rivalta ve ark. 2010; Jha ve Thakar 2010). Kadınların kendi evlerinin mahremiyetinde yapabilecekleri ev ödevleri, hangi uyarılmanın hoş ve etkili olduğunu keşfetmelerine yardımcı olmak amacıyla verilmektedir. Bu süreçte mastürbasyonun kötü, ayp ve günah olduğuna dair cinsel mitleri ortadan kaldırmak da tedavide önemli bir konudur. Mastürbasyon, orgazma ulaşamamış bir kadının ilk doruk noktasına ulaşması için son derece etkili bir yoldur. Mahremiyet içinde, bir partner için performans gösterme

veya onu memnun etme baskısı olmadan kadın kendi bedenini ve duyarlılığını keşfetmekte özgür olmalıdır. Ayrıca kegel egzersizi öğretilerek pelvik taban kaslarının güçlenmesiyle; cinsel yanıtta, lubrikasyonun, ve orgazmın artması sağlanabilir (Rivalta ve ark. 2010; Jha ve Thakar 2010; Pontiroli ve ark. 2013; Krakowsky ve Grober 2018).

Disparoni, cinsel ilişki esnasında ağrı veya derin ağrı olarak tanımlanabilir. Ağrıyı başlatan ve sürdüren faktörlerin belirlenmesi, disparoni teşhisi için esastır (Jha ve Thakar 2010). Ayrıntılı tbbi ve jinekolojik öykü alınır, ciltte renk değişikliği, klitoral bölge, pelvik kaslar ve labial ölçümler değerlendirmelidir. Fizik muayenede, vajinaya pamuklu çubukla dokunulduğunda veya parmağın vajinaya sokulmasıyla ağrı çoğalabilir. Ancak ağrılı ilişki en çok vulvodini, yetersiz lubrikasyon ve vajinismusun tipik bir örneğidir. Disparoni de ayırıcı tanılar vajinismus, atrofi, yetersiz ıslanma ve vulvodiniyi içerir. Üretral bozukluklar, sistit ve interstisyel sistit de ağrılı ilişki ile ortaya çıkabilir. Daha az yaygın etiyolojiler ise adezyonlar, enfeksiyonlar, endometriozis ve pelvik konjesyondur. Sonuç olarak cinsel ağrı psikobiyolojisi kapsamlı, bütünleşik ve hasta merkezli bir bakış açısıyla ele alınmalıdır (Jha ve Thakar 2010; Stephenson ve ark. 2016; Krakowsky ve Grober 2018).

Vajinismus için en etkili tedavi, bilişsel ve davranışsal psikoterapötik yaklaşımların bir kombinasyonudur. Amaç, bir kadını paniğe karşı duyarsızlaştırmak ve cinsel bir karşılaşma veya pelvik muayene esnasında ağrı yaşama durumu olmayacağını söylemek, hastanın güvende ve sakin hissetmesini sağlayabilir. Tedavi süresince kadın vücudunu gevşetmeyi öğrenir ve daha sonar vajinal kaslarını kontrol edebilir hale gelir. En yaygın kullanılan tedavi tekniklerinden biri de sistematik duyarsızlaştırmadır. Bu durumda, kadınlara önce derin kas gevşetme öğretilir ve sonra çok kademeli olarak çapı artan nesneleri (genellikle dilatatörler) vajinaya sokmaları öğretilir. Bunun dışında refrakter vajinismus, puborektalise yapılan botoks enjeksiyonlarına da yanıt verebilir (Leiblum ve Goldmeier 2008; Jha ve Thakar 2010).

2.7. Erkek Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

2.7.1. Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

Cinsel istek bozukluğu, en az 6 ay boyunca sürekli ve tekrarlayan bir şekilde cinsel aktivitenin azalması, cinsel ve erotik düşüncelerin veya fantezilerin yok olması veya azalması ile kendini gösterir (APA 2013; McCabe ve ark. 2016). Etiyolojisinde partner fakörü, kültürel faktörler, dini inançlar, endokrin, ürolojik ve renal hastalıklar,

kalp rahatsızlığı, psikiyatrik ve psikolojik sorunlar rol oynamaktadır (Bowen 2009; İncesu 2011; Gereklioğlu ve ark. 2015).

2.7.2. Erektil Disfonksiyon (ED)

DSM V'te; en az 6 ay boyunca cinsel birlikteliklerin neredeyse tamamında cinsel eylem bitene kadar sertleşememe yada sertleşmeyi sürdürememe olarak tanımlanmaktadır (İncesu 2011).

Aşağıdaki belirtilerden en az biri, cinsel aktivitenin neredeyse veya tümünde (yaklaşık %75- %100) görülmelidir (APA 2013; McCabe ve ark. 2016).

1. Cinsel aktivite sırasında ereksiyon elde etmede belirgin zorluk
2. Cinsel aktivitenin tamamlanmasına kadar ereksiyonun sürdürülmesinde belirgin zorluk veya erektil sertlikte belirgin azalma

Risk faktörleri incelendiğinde diyabetes mellitus, kalp rahatsızlığı/koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve radikal prostatektomi operasyonları görülmektedir (Gereklioğlu ve ark. 2010; Shin ve ark. 2011).

2.7.3. Prematür Ejakülasyon (PE)

DSM V'te; En az 6 ay süre içinde cinsel birlikteliklerin neredeyse tümünde boşalmanın yaklaşık bir dakika içinde ve istemsiz olarak gerçekleşmesidir. (İncesu 2011). Prematür Ejakülasyon (PE) oldukça yaygın bir erkek cinsel işlev bozukluğudur. Her ne kadar disfonksiyonun gerçek prevalansı belirsiz olsa da, yaş ve etnik kökene bakılmaksızın erkeklerin %20-30'unu etkileyebilir. PE, psikolojik ve duygusal durumu da dahil olmak üzere hastanın hayatının birden fazla yönünü ve ayrıca partnerler ve /veya eşlerle kişiler arası ilişkileri de etkileyebilir (; Laumann ve ark. 2005; Porst ve ark. 2007; İncesu 2011).

2.7.4. Gecikmeli Boşalma

Eşlik eden cinsel aktivitenin neredeyse tüm vakalarında (yaklaşık % 75 ile %100) ve bireysel arzulayarak gecikmesi olmaksızın aşağıdaki semptomlardan herhangi biri yaşanır

1. Boşalmada belirgin gecikme veya
2. Belirgin boşalma veya boşalma olmaması.

Erkek cinsel işlev bozukluğunun en az yaygın türü olup genelde yaşlı erkeklerde görülür (İncesu 2011; APA 2013).

2.7.5. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Erektil disfonksiyon (ED) için çağdaş tedavi algoritmaları, tıbbi olarak refrakter vakalarda vakumlu ereksiyon cihazları ve penil protez implantları gibi tıbbi tedaviler ile birlikte oral ajanlar (fosfodiesteraz tip 5 (PDE5) inhibitörleri, ildenafil, vardenafil, tadalafil ve intrakavernosal enjeksiyon tedavisi), vakum ereksiyon cihazları, intrakavernöz enjeksiyon ve penil protez kullanılır (Chung 2019). Bununla birlikte, mevcut terapötik seçenekler, sadece ED ile sonuçlanan altta yatan patogenezi değil, ED semptomlarını da ele alır. Antihipertansif ilaçlardan kaynaklı ED gözleniyorsa bu ilaçların dozu azaltılmalı yada kullanılan ilaçlar türevleri ile değiştirilmelidir. Eğer hipogonadizm varsa testosteron tedavisi düşünülmelidir (Jackson ve ark. 2006; Miner ve Kuritzky 2007; Chung 2019). Yeni ED tedavileri ise kavernosal fibrozu önleyerek, endotelyal revaskülarizasyonu teşvik ederek ve çeşitli nöro-hormonal yolları modüle ederek ED koşullarını tersine çevirmeyi amaçlamaktadır. Düşük yoğunluklu şok dalgası, gen ve hücresel temelli tedaviler gibi rejeneratif terapötik stratejiler, ve penil transplantlar, penil hemodinamiği geliştirmek ve altta yatan ED'yi hafifletmek ve/veya tersine çevirmek için kavernöz düz kası canlandırmak için tasarlanmıştır (Chung 2019).

Prematür Ejakülasyon 'un etkileri çok faktörlü olduğundan, farmakolojik yönetim, psikolojik destek ve psikoseksüel davranışçı terapiden oluşan bütüncül yaklaşım hastalar için en iyi sonuç alınacak yöntemdir. Klinisyenler öncelikle hastanın cinsel geçmişini araştırmalıdır; bununla birlikte, PE'nin altta yatan olası nedenlerini değerlendirmek için tam bir tıbbi öykü, psikolojik öykü alarak fizik muayene yapmalıdır. Cinsel öykü, PE'nin başlangıcı ve süresini de içermelidir (Gilman ve Gilman 2019). Hastaların terapötik sonuçlara ilişkin beklentilerini anlayarak, uygun tedaviyi başlatmak veya mevcut tedaviyi değiştirmek gerekebilir. Bu durum en iyi şekilde hasta ve eşi ile ulaşılabilir tedavi hedefleri belirlenerek elde edilir. Tedavi stratejileri arasında farmakoterapi, psiko-bilişsel davranışçı terapi ve dapoksetin, paroksetin, fluoksetin, sertraline gibi seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) bulunur. Tedavi hedeflerine örnek olarak boşalma üzerindeki kontrolün arttırılması, cinsel ilişkiden memnuniyetin arttırılması ve PE ile ilgili kişisel sıkıntıların azaltılması verilebilir (Gillman ve Gillman 2019).

Gecikmiş Ejekülasyon tedavisinde hasta eğitimi, alfa agonist ilaçlarla farmakoterapi, bilişsel-davranışsal tedaviler, kullanılan SSRI'ların değişimi, gerekliyse testosteron replasmanı, penil vibratör stimülasyon (PVS) ve bazı medikal tedaviler

(amantadin, siproheptadin, yohimbin, bupropion, buspiron ve betanekol preperatları) uygulanabilir (Kendirci ve Hellstrom 2006). SSRI ilaçlardan kaynaklı ejekülasyon sorunu olan olgularda psikiyatristle işbirliği yapılmalı, antidepresan tercihinde (SSRI harici) veya dozunda değişiklik, dopaminerjik tonusun artırılması ve serotonerjik modülasyonun düzenlenmesine yönelik tedaviler planlanmalıdır (Kendirci ve Hellstrom 2006).

2.8. İnfertilitede Cinsel Sorunlar ve Danışmanlık

İnfertilitenin evlilik uyumunu olumsuz etkilemesinin yanı sıra cinsel açıdan da sorunlara yol açabilir. Özellikle zorunlu, planlı ve üreme amaçlı yapılan cinsel aktivite infertil çiftlerin karşılaştıkları problemlerin başında gelir. İnfertil kadınlar genellikle cinselliği sadece üreme eylemi olarak düşündükleri için çocuk sahibi olamadığında, cinsel yönden kendilerini yetersiz hissetmektedir. Çünkü yaşadıkları cinsel birlikteliğin ölçütü cinsellikten haz yada keyif almak değil, sadece çocuk sahibi olabilmektir (Tayebi ve Ardakani 2007; Alirezaei ve ark. 2018). Ancak yapılan çalışmalarda infertil erkeklerin kadınlara kıyasla kendilerine güvenlerinin daha yüksek olduğu, daha az stres yaşadığı, evlilik ve cinsel doyumlarının da kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Monga ve ark. 2004; Güleç ve ark. 2011; Carter ve ark. 2011; Bodur ve ark. 2013; Amiri ve ark. 2016).

2.8.1. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi

İnfertilite tedavisinin uzun süren karmaşık bir süreç olmasından dolayı çift ilişkilerinde bozulma ile birlikte birey yada çiftlerde cinsel yaşamda ve evlilikte sorunlar gözlenebilmektedir (Alirezaei ve ark. 2018). Yapılan çalışmalarda infertil kadınların çoğunluğunda ön sevişme süresinde ve cinsel ilişki sıklığında azalma, cinsel isteksizlik, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, anorgazmi ve cinsel doyumda/memnuniyette azalma olduğu tespit edilmiştir (Tayebi ve Ardakani 2007; Alirezaei ve ark. 2018).

Erkekler infertiliteyi, erkekliklerinin ve güçlerinin kaybı olarak gördüklerinden dolayı cinsel yönden kendilerini yetersiz görmektedirler. Aynı zamanda tedavi süresince planlanmış cinsel aktivite, infertil erkeklerde performans kaygısına neden olarak, ereksiyon zorlukları ve ejakülasyon bozukluğu gibi pek çok cinsel disfonksiyon türlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu durum cinsel aktivitede davranış değişikliklerine ve cinsel doyumda azalmaya da neden olmaktadır (O'Brien ve ark. 2005; Bechoua ve ark. 2016). Yapılan bir çalışmada infertil erkeklerin %58'in de cinsel işlev

bozukluğu tespit edilmiş olup, eşlerinde cinsel işlev bozukluğu görülen erkeklerde ise yaklaşık 5 kat daha fazla cib görüldüğü belirlenmiştir (Bakhtiari ve ark. 2015).

İnfertil çiftlerde daha önceden var olan cinsel sorunların infertiliteye neden olduğu bilinmektedir. Özellikle cinsellik konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan kişilerden, bilinçli olarak cinsellikten kaçınma, vajinusmus, anorgazmi, erektil disfınksiyon, ejekülsayon bozuklukları gibi sorunlar infertiliteye neden olmaktadır. Bu nedenle infertilitenin tanı aşamasında bireyde yada çiftlerde cinsel disfonksiyon varlığının belirlenmesi, ilerleyen süreçte tedavi açısından önem arz etmektedir (Bayar ve ark. 2014; Behboodi Moghadam ve ark. 2015; Bakhtiari ve ark. 2015; Bechoua ve ark. 2016). Primer infertil kadınlarla yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozukluklarının arttığını ve cinsel doyumun düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (Carter ve ark. 2011; Cetişli ve ark. 2014; Bayar ve ark. 2014). Diğer bir çalışmada infertil kadınlar da yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu (cib) belirlenmiş olup evlilik uyumu cinsel işlev bozukluğu arasında anlamı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Alirezaei ve ark. 2018). Azospremisi bulunan infertil erkeklerle yapılan çalışmada da prematür ejekülasyon, cinsel istek bozukluğu ve anorgazmi görüldüğü belirtilmiştir (Lotti ve ark. 2016).

2.8.2. İnfertilite ile İlişkili Kadına Ait Cinsel İşlev Bozuklukları ve Sıklığı

İnfertil kadınlarda yeterli önem verilmeyen ancak kadınların yaşam kalitesini etkileyen durumlardan biri de cinsel işlevdir. Cinsel işlev, fiziksel, ruhsal sağlık ve evlilik ilişkilerinde önemli bir faktördür. İnfertilite tedavisinin uzun sürmesi ve başarısız tedavi girişimleri, çiftlerin evlilik ilişkilerini etkildiği gibi cinsel yaşamlarını da etkileyerek cinsel sorunlara yol açmaktadır. Bu süreçte bir koitus'un odağı cinsel zevkten ziyade yalnızca bir göreve dönüşmektedir. Zamanlı cinsel ilişki eylemi, hem erkeklerde hem de kadınlarda durumsal cinsel işlev bozukluğunun gelişimi ve çiftler arasında yakınlığın kaybolmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, infertil bir çifte partnerlerden birisinde veya her ikisinde cinsel işlev bozukluğu geliştirebilir (Monga ve ark. 2004; Nelson ve ark. 2008; Oskay ve Beji 2010; Pakpour ve ark. 2012; Rohina ve ark.2016; Pan ve ark. 2017; Nakić Rados ve ark. 2020).

İnfertiliteye ilişkin kadınlarda en çok görülen cinsel disfonksiyonlar; cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, disparoni ve vajinusmus'dur (Millheiser ve ark.,2010; Rohina ve ark.2013; Pan ve ark. 2017; Nakić Rados ve ark. 2020). İnfertilite

tedavisinde kullanılan çeşitli ilaçlar GnRH analogları, klomifen sitrat (CC), metformin gibi ovulasyon indüksiyonu için yaygın olarak kullanılan oral kontraseptiflerin yan etkileri nedeniyle kadın cinsel tepki döngüsünün herhangi bir aşamasını etkileyerek vajinal kuruluğa sekonder azalmış libido ve disparoniye neden olmaktadır (Rohina ve ark. 2016). Tayebi ve Ardakani (2010)'nin infertil kadınlarla yaptığı çalışmada en sık görülen cinsel işlev bozukluğunun orgazm bozukluğu (%83,76), cinsel istek bozukluğu (%80,7) disparoni (%67,7) ve vajinismus (%76,7) olduğu görülmüştür. Audu (2002) nin Nijeryalı infertil kadınlarla yaptığı çalışmada en yaygın görülen cinsel işlev bozukluklarının, uyarılma bozukluğu (%20,6) ve disparoni (%57,7) olduğu belirtilmiştir. Rohina ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada infertil kadınların %63,6'sın da cinsel işlev bozukluğu görüldüğü ve en yaygın görülen bozukluğun ise cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu (%70) olduğu belirtilmiştir. İran'da 236 infertil kadın ile yapılan çalışmada ise cinsel işlev bozuklukları prevalansının %55 olduğu ve kadınlarda disparoni (%28), cinsel isteksizlik (%28) ve vajinusmusun (%15,2) görüldüğü belirtilmiştir (Bakhtiari ve ark. 2016). Avusturya'da yapılan bir kohort çalışmasında disparoni prevalansının 20-39 yaş grubunda daha fazla olduğu ve cinsel işlev bozuklukları prevalansının kadın yaşının artmasıyla arttığı saptanmıştır (Ponholzer ve ark. 200). Khademi ve ark. (2008) infertil kadınların sırasıyla %80 ve %22'sinde uyarılma ve orgazm disfonksiyonu bildirmiştir. Millheiser ve ark. (2010) infertil ve fertil kadınları değerlendirmiş ve infertil kadınların %40'ında ve fertil kadınların %25'inde cinsel işlev bozukluğu bildirmiştir

İnfertil hastalarda cinsel işlev bozukluklarına neden olabilecek risk faktörlerini değerlendiren Oskay ve ark. (2010) çalışmasında infertil kadınların %61,7'sinde cinsel işlev bozukluğu görüldüğünü ve hasta yaşı, evlilik süresi, infertilite süresi ve partnerin yaşının cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Keskin ve ark. (2010) primer infertilitesi olan kadınların %64'ünde ve sekonder infertilitesi olan kadınların %76'sında cinsel işlev bozukluğu olduğu ve sekonder infertilitesi olan kadınlarda ortalama kadın ve eşinin yaşı ve evlilik süresinin primer infertilitesi olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Tanha ve ark. (2014) çalışmasında da yaş, evlilik süresi ve eş yaşı infertil kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun önde gelen nedenleri arasında olduğu belirtilmiştir.

2.8.3. İnfertilite ile İlişkili Erkeğe Ait Cinsel İşlev Bozuklukları ve Sıklığı

Erkek infertilitesine yol açan cinsel işlev bozuklukları organik, iyatrojenik ve psikojenik nedenlere bağlı olarak erektil disfonksiyon, cinsel istek azlığı, anejakülasyon, retrograd ejakülasyon ve erken boşalmadır. Ayrıca infertiliteye bağlı erkek cinsel işlev bozukluğu, partnerdeki cinsel bozuklukların varlığından da etkilenebilir (Lara ve ark.2015; Bechoua ve ark.2016). Erektil disfonksiyon ve erken boşalma, erkek cinsel işlev bozukluğunun yaygın tipleri olup infertil erkeklerde de daha yüksek bir prevalansda görüldüğü belirtilmiştir (Lotti ve ark. 2012).

Şiddetli erkek faktörü infertilitesi olan 1737 hasta ile yapılan bir çalışmada erkeklerin %4,4'ünde infertilitenin birincil nedeni olarak ciddi cinsel işlev bozukluğunun olduğu tespit edilmiştir (Punab ve ark. 2017). Özellikle, anorgasmi, anejakülasyon ve retrograd ejakülasyon infertilite nedenlerinin sırasıyla %0,5, %1,2 ve %2,7'sini oluştururken, retrograd ejakülasyonlu hastalarda şiddetli cinsel işlev bozukluğu ana nedensel faktör (%71,1) olarak belirtilmiştir. Bu nedenle cinsel işlev bozukluğu, infertil erkeklerin %0,4-%4,6'sında erkek infertilitesinin nedeni olabilir. (Punab ve ark. 2017).

2003 yılında (n = 405) yapılan çalışmada, ilk semen analizinde anormal sonuçların saptanmasından sonra infertilite değerlendirmesi yapılan erkeklerin, Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF)-5 tarafından değerlendirildiğinde %11'inin erektil disfonksiyon yaşadığı bildirilmiştir (Saleh ve ark. 2003). Aynı ölçeği (IIEF-5) kullanarak O'Brien ve ark. (2005) infertil erkekler ile yaptığı çalışmada erektil disfonksiyon sıklığının %28 (n = 302) olduğu belirtilmiştir. Marci ve ark.(2012)' Uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF-15) kullanılarak primer infertilite teşhisi konmuş 30 erkek ile yaptığı çalışmada erektil disfonksiyon prevalansının %26,6 olduğunu bulmuştur. Khademi ve ark. (2008) uluslararasi erektil fonksiyon indeksi (IIEF-15-EFD) kullanarak yaptığı çalışmada 100 infertil erkekte erektil disfonksiyon sıklığının %61,6 olduğunu ve Song ve ark. (2016) çalışmasında ise 236 infertil erkeğin %50,8'sinde erektil disfonksiyon sıklığının olduğu tespit edilmiştir.

Hassanzadeh ve ark. (2010), İranlı 300 infertil erkeğin 129'unda erken boşalmanın, %74'ünün yaşam boyu formda olduğunu ve %26'sının ise edinilmiş formda olduğunu bildirmiştir. Benzer bir şekilde Şerefoğlu ve ark. (2014) üroloji polikliniğine erken boşalma şikayeti ile başvuran 261 erkekte, erken boşalmanın %62,5'inin yaşam boyu formda ve %16,1'inin edinilmiş formda olduğunu bildirilmiştir. Lotti ve ark. (2016)

İtalyada yaptıkları çalışmada 244 infertil erkeğin 38'inin erken boşalması olduğunu, bunun %38,5'inin yaşam boyu formu ve %61,5'inin edinilmiş formu olduğunu bildirmiştir.

Hipoaktif cinsel istek bozukluğu (HSDD) infertil çiftlerde sık görülen bir bozukluk olarak bildirilmektedir (Lara ve ark. 2015; Berger ve ark. 2016; Bechoua ve ark. 2016). HSDD'nin, prevalansının genel popülasyonda ki erkeklerde %5 ile %18,1 arasında değiştiği (Laumann ve ark. 1999; Laumann ve ark. 2009), infertil erkeklerde ise %45,4 ile %68,7 arasında olduğu bildirilmiştir (Ramezanzadeh ve ark. 2006). Jain ve ark. (2000) çalışmasında ise infertil erkeklerde HSDD sıklığı %52 olarak bildirilmiştir.

İnfertil çiftlerde kadınlarda orgazm bozukluğu geniş ölçüde araştırılmıştır ancak infertil erkekleri içeren çalışmalar sınırlıdır. Saleh ve ark.(2003) IIEF-15 kullanarak yaptıkları çalışmada 405 infertil erkeğin %11'inin orgazm ile ilgili sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Elia ve ark.(2010) Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (IIEF-5) kullanarak yaptıkları çalışmada infertil erkeklerin orgazmik fonksiyonunun, fertil erkeklerden daha düşük olduğunu bildirmiştir. Jain ve ark. (2000) çalışmasında, 175 infertil erkeğin %8'inde orgazm bozukluğu olduğu belirtilmiştir.

2.8.4. İnfertil Çiftlerin Cinsel Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşireler, tedaviye yönelik uygulayıcı ve klinisyen rolünü yerine getirirken danışmanlık rolü ile birlikte hastanın cinsel sağlığını da değerlendirmelidir. Danışmanlık rolü, infertilite alanında da çok önemlidir. Hemşireler danışmanlık rolünü yerine getirebilmeleri için öncelikle cinselliğe ilişkin bilgi sahibi olmalı ve cinsel sorunlara yönelik hemşirelik tanıları oluşturup, cinsel sorunların çözümüne ilişkin hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (O'Keefe 2005; Dixon ve Dixon 2006; Kaplan 2009; Kaplan ve Pacelli 2011; Hakanson ve ark. 2014; Farnam ve ark. 2014; Rostamkhani ve ark. 2015; Khakbazan ve ark. 2016).

İnfertil çiftlerin cinsel sorunlarına yönelik girişimler planlanırken var olan cinsel sorunların etiyolojisine yönelik olarak bireyselleşmiş uygulamalar içerip, bireylerin cinsel hayatını değerlendiren sorular da içermelidir.

Örnek sorular:

Bu durum senin için ne kadar zamandır sorun oldu?

Bu bir sorun haline geldiğinde hayatınızda neler oldu?

Ne sıklıkla cinsel veya erotik düşünceleriniz veya fantezileriniz var?

Peki bu nasıl değişti?

Partnerinizle ne sıklıkla cinsel aktiviteye giriyorsunuz?

Partneriniz cinsel aktiviteye başladığında, bu gelişmelere ne kadar zaman yanıt veriyorsunuz (yani, isteyerek ve olumlu bir şekilde cinsel aktiviteye katılıyor musunuz) ? Bu senin için değişti mi?

Bazı durumlarda sekse ilgi duymadığınızı, ancak başkalarıyla (örneğin bir partnerle) ilgilendiğinizi düşünüyor musunuz? Cinsel ilgiyi veya heyecanı tetikleyen herhangi bir şey var mı (örneğin, seks sahneleri içeren filmler, seks kitaplar okumak veya cinsel olarak çekici bulduğunuz biriyle görüşmek)?

Cinsel aktivite sırasında ne kadar heyecan ve zevk yaşarsınız?

Cinsel aktivite sırasında herhangi bir ağrınız var mı ve öyleyse, lütfen ağrının nerede ve türünü (örn. keskin, zonklama) tanımlayın?

Orgazm ne sıklıkla (yüzde kaçta) yaşıyorsunuz ve orgazm sizin için ne kadar zevkli? Gecikme veya yoğunluk değişti mi?

Düşük cinsel arzunuz sizin için nasıl bir problem? (Bundan ne ölçüde rahatsız oluyorsunuz?)

Genel olarak ilişkinizden ne kadar memnunsunuz?

Partnerinizin cinsel sorunları veya endişeleri var mı?

Vücut imajınız nasıl? (Düşük arzunun vücut imajını mı yoksa tam tersini mi etkilediğini açıklığa kavuşturan takip)

Düşük cinsel arzunuz için açıklamanız nedir?

0'ın en düşük ve 10'un mümkün olan en yüksek cinsel istek olduğu, 0'dan 10'a kadar cinselliğe olan ilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

Bu derecelendirme ölçeğinde nerede olmak istersiniz? Hayatınız boyunca aldığınız en iyi puan nedir? Oraya gitmen ne kadar sürer sizce?

Danışmanlıktan/tedaviden ne elde etmeyi umuyorsunuz? (O'Keefe 2005; Dixon ve Dixon 2006; Taylor ve Davis 2006; Kaplan 2009; Kaplan ve Pacelli 2011; Tuğut ve Gölbaşı 2013; Hakanson ve ark. 2014; Farnam ve ark. 2014; Rostamkhani ve ark. 2015; Dawson ve ark. 2017; Khakbazan ve ark. 2016)

Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu ve buna bağlı cinsel aktivitenin azalması eşler arasında sorunlar oluşturabilmektedir (Malary ve ark. 2016). Bu bozuklukta kadının cinsellik, cinsel fantezi, cinsellikle ilgili hayal ve düşüncelerde tekrarlayıcı bir şekilde azalma görülmektedir, bununla birlikte cinselliği başlatma ya da partnerin cinselliği başlatmasına karşı ilgi ve istekte de azalma görülmektedir (Krakowsky ve Grober 2018).

Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu; tiroid hormon yetersizliği ya da fazlalığı, kronik yetmezlik, cinsel hormonların azlığı, nörolojik rahatsızlık, mevcut ilaç kullanımı (depresyon ilaçları, bazı tansiyon ilaçları vb.) gibi organik nedenler, kişilik sorunları, psikiyatrik sorunlar, partnerle uyumusuzlık ve partnere karşı ilgi kaybı, evlilik çatışmaları, geçmişte ki cinsel deneyimler, cinsel şiddet ve cinsel travmalar gibi piskolojik nedenler ve geleneksel ve tutucu yetiştiriliş biçimi, dini inanç ve ahlaki tutumlar ve baskıcı aile ortamlarında yetişme , menopoz, gebelik ve emzirme dönemleri gibi özel dönemler de cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu'nda önemli bir risk faktörleridir (Malary ve ark. 2016; Dawson ve ark. 2017; Krakowsky ve Grober 2018).

Hemşirelik Yaklaşımı

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu yaşayan kişiyi değerlendirirken öncelikli amaç, kişi de cinsel ilgiyi ve uyarılmayı azaltan faktörlerin bulunup ortadan kaldırılması ve kişinin istek ve arzularına yönelik bir cinsel hayatının sağlanmasıdır. Bu nedenle kişilerin ilk izlenimleri, bireysel tepkileri, ilişkileri ve ortak hayatları incelenmeli ve bunun yanında çiftin beklentileri tespit edilerek danışana cinsel ilişkisini değerlendirmeye yönelik sorular sorulmalıdır (Dixon ve Dixon 2006; Hakanson ve ark. 2014; Dawson ve ark. 2017; Krakowsky ve Grober 2018).

Bireylerden cinselliğin tanımını, cinsel mitlere inanma düzeyi, cinsel fantezi ve erotik düşünceleri, cinsel aktivite sıklığı sorgulanarak, eşi ya da ailesi ile ilgili olumsuz düşünceleri ve endişeleri değerlendirilerek danışmanlığın yönü belirlenir. Bununla birlikte bireyin/çiftin cinsel disfonksiyonların şiddetini belirlemek, ayrıntılı ve daha rahat

sorgulayabilmek için, geçerli ve güvenilir cinsel işlev ölçekleri kullanılabilir (Dixon ve Dixon 2006; Farnam ve ark. 2014; Rostamkhani ve ark. 2015; Malary ve ark.2016).

- Danışmanlık sürecinde birey/çift ile görüşüldükten sonra uygulama önerileri verilebilir. Uygulama önerisi olarak; buluşma için zaman yaratma, cinsel birleşme olmadan karşılıklı dokunma, sarılma, okşama, masaj gibi uygulamalarla çiftin yakınlık kurması istenir.
- Bir sonraki aşamada ise vajinanın daha geniş ve kaygan olması için cinsel birleşme öncesi ön sevişmenin uzun tutulması (en az 15-30 dk) önerilir. Bu sayede cinsel ilgi ve uyarılmanın artmasıyla vajinada ıslanma meydana gelir.
- Klitorisin uyarılması da cinsel isteği artırır. Sevişme öncesi klitorisin art arda uyarılması kadını sekse hazırlar. Kadının ya da eşinin klitoris gövdesini nazikçe okşaması ve uyarması kadının cinsel isteğini artırır.
- Eşlerin birlikte duş alması, birbirinin vücuduna dokunması, erotik masaj (birbirine vücut losyonu gibi solüsyonlar sürmesi) gibi dokunma eylemleri, eşlerin farklı cinsel pozisyon öğrenmeleri ve denemeleri cinsel hazzın arttırılmasına yardımcı olacaktır.
- Cinsel birleşme sırasında düşük cinsel isteğe sahip partnerin orgazm olma baskısı altında kalmadan güzel duygulara odaklanması gerektiği önerilir (Taylor ve Davis 2006; Kaplan 2009; Kaplan ve Pacelli 2011; Hakanson ve ark. 2014; Farnam ve ark. 2014;Rostamkhani ve ark. 2015; Khakbazan ve ark. 2016; Dawson ve ark. 2017; Krakowsky ve Grober 2018).

Orgazm Bozukluğu

DSM-V'e göre orgazm disfonksiyonu, bir orgazma ulaşamama veya belirgin şekilde azalmış orgazmik duyu yoğunluğu; herhangi bir cinsel uyarılma sırasında orgazmın belirgin bir şekilde gecikmesi de olabilir (McCabe ve ark.2016; APA 2013). Orgazm bozukluğuna neden olacak faktörler ise cinsellik hakkındaki eksik yada yanlış bilgiler, cinsel istekte azalma, cinsel kimlik algısı, ön sevişmenin kısa sürmesi, partnere karşı olan ilgi kaybı, tıbbi tedavilerin etkisi, genel sağlık durumu, sosyo-kültürel yasaklamalar, geçmişte cinsel taciz veya tecavüz durumu ve aşırı dinsel inançlar, günlük stres ve yorgunluk, depresyon gibi durumlar sıralanabilir (Nappi ve ark.2016; Dawson ve ark. 2017).

Hemşirelik Yaklaşımı

- Hemşirenin cinsel sorunun kaynağını anlaması çok önemlidir. Bu nedenle hem tıbbi hem de ruhsal ve sosyal olarak ayrıntılı anamnez alınır.
- Sonraki aşamada bireye cinsel anatomi ve fizyoloji hakkında kısaca bilgilendirme yapılır, bireyden genital organlarını tanıması, kendini keşfetmesi, kendisinin hangi şekilde uyarıldığını ve hangi uygulamanın zevk verdiğini ya da hangi uygulamalardan hoşlanmadığını öğrenmesi istenir.
- Mastürbasyon tekniği öğretilerek, bu teknik ile klitorisini uyarması önerilir. Orgazma nasıl ulaşabileceği, orgazma ulaşmanın yolları ve kadının vücudunu farketmesi sağlanır.
- Partneri ile birlikte erotik filmler/videolar izlenmesinin uyarılmayı ve orgazmı kolaylaştırdığı söylenir.
- Karşılıklı sevgi ve temizliğe özen gösterilmeli, cinselliğe zaman ayrılmalı, tutkulu ve samimi bir ilişki için iletişim becerileri geliştirilmeli, erotizm ve cinsel haz oluşturmak için uygun ortam oluşturulmaları önerilir.
- Cinsel ilişki esnasında ön sevişmenin ve uyarılmanın uzun tutulması ve alternatif cinsel birleşme pozisyonları denemeleri önerilir. Cinsel ilişki sırasında hangi bölgelerin uyarılmasından daha çok hoşlanıldığını cinsel ilişki sırasında denetlemesi gerektiğini ve bunu partneri ile paylaşması gerektiği önerilir.
- Son olarak pelvik taban kaslarını geliştirmesi, cinsel isteği ve orgazmı arttırdığı için düzenli kegel egzersizi yapması önerilir (Dixon ve Dixon 2006; Taylor ve Davis 2006 ;Farnam ve ark. 2014; Rostamkhani ve ark. 2015; Dawson ve ark. 2017; Krakowsky ve Grober 2018).

Cinsel Ağrı Bozukluğu

DSM-V'e göre, disparoni, vajinal girişim esnasında tekrarlayan genital veya pelvik ağrı olarak tanımlanır (Furukawa ve ark. 2012; McCabe ve ark.2016). Disparoniye, endometriozis, üreme organı ile ilgili ameliyat olanlar, genital organlardaki kitle veya tümörler, genital uçuk, vajinit, pelvik enfeksiyonlar vb. enfeksiyonlar, ön sevişmenin kısa tutulması ve yeteri kadar lubrikasyon sağlanmadan cinsel ilişkiye girilmesi, cinsel eylem konusunda endişe duyma, partnerle uyumsuzluk gibi durumlar neden olur (Krakowsky ve Grober 2018).

Hemşirelik Yaklaşımı

- Cinsel ağrı bozukluğu olan kadınlara öncelikle; ağrının hangi koşullarda ve zamanlarda en az veya fazla olduğunu bildiren ağrı günlüğü tutmaları söylenmelidir.
- Ağrıya ilişkin endişeleri hakkında sohbet edilir. Ağrının endometriozis, over kisti veya pelvik enfeksiyon gibi tam veya kısmi fizyolojik (organik) nedenleri olabileceğinden dolayı disparonisi olan kadınlarda öncelikle jinekolojik muayene önerilir.
- Danışmanlığın amacının ağrının azaltılmasıyla birlikte cinsel istek, uyarı ve cinsel doyumun artırılmasının olduğu söylenir. Bu nedenle cinsellikle ilgili bilgilerin kimden alındığı ve geçmiş cinsel deneyimleri sorgulanmalıdır.
- Cinsel birleşme sırasında hissedilen ağrıyı azaltmak için su bazlı kişisel kayganlaştırıcılar (lubrikantlar) kullanılması, vücudun doğal yağlayıcılarının salgılanmasını teşvik etmek için daha uzun ön sevişme yapılması, cinsel partnerler arasında cinsel iletişimin sağlanması ve derin acıyı en aza indirmek için rahat cinsel pozisyonlar seçilmesi, cinsel uyarınında artmasını sağlayacak kegel egzersizi uygulaması gibi önerilerde bulunabilir (Taylor ve Davis 2006 Kaplan 2009; Kaplan ve Pacelli 2011; Farnam ve ark. 2014; Rostamkhani ve ark. 2015).

Erektil Disfonksiyon

DSM-V'e göre erektil disfonksiyon; en az 6 ay boyunca, her zaman veya hemen hemen her zaman cinsel etkinlik sırasında ve cinsel etkinlik bitene kadar sertleşmeyi sağlamada ve sürdürmede belirgin zorluk ve güçlük yaşanması durumudur. Özellikle performans anksiyetesi bulunan, partneriyle cinsel uyumu olmayan, cinsellikle ilgili olumsuz bilişler veya dini inanışlara bağlı suçluluk duygularına sahip erkekler, hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp, böbrek ve karaciğer rahatsızlığı gibi kronik hastalığı olanlar ve çeşitli ilaçların sürekli kullanımı erektil disfonksiyon için uygun adaylardır (Shin ve ark. 2011; Jenkins ve Mulhall 2015; Gillman ve Gillman 2019; Chung 2019).

Hemşirelik Yaklaşımı

- Yaklaşımın/danışmanlığın en yaygın ve temel ilkesi, performans kaygısı ve korkusunu azaltmak ve sürdürülebilir bir sertleşmeye doğru küçük başarılar

yaratmaktır. Bu nedenle öncelikle ayrıntılı bir cinsel öykü alınarak sertleşememenin nedeni ve yoğunluğu araştırılmalıdır.

- Performans kaygısını azaltmak ve özgüveni arttırmak için cinsel mitlerden uzak durulması gerektiği önerilmeli (Örneğin; penisin boyu, uzunluğu cinsel ilişkide çok önemli, cinsel ilişkide kadını mutlu etmenin tek yolunun sağlam bir sertleşme olduğu fikirleri vb.)
- Partneriniyle seks hakkındaki duygularını ve isteklerini açıkça konuşması için cesaretlendirilmeli
- Partneri ile birlikte cinsellik hakkında gerçek ve doğru bilgiler okuması, cinsel istek ve arzularını, strese sokan durumları, kaygı ve şüphelerini partneri ile konuşarak cinsel iletişim kurması önerilmeli
- Cinsel aktivite sırasında sertleşmeyi yakalayıp yakalayamayacağını ve sertleşmeyi yeterince sürdürüp sürdüremeyeceğini düşünmekten kaçınması gerektiği, bu düşüncenin performans kaygısını arttırarak sertleşmeyi engelleyeceği konusunda bilgilendirilmeli
- Cinsel aktivite sırasında ereksiyon olmaya odaklanmamayı, sadece o ana odaklanması gerektiği söylenilmeli
- Gerektiği durumlarda ayrıntılı tedavi için cinsel terapistlere yönlendirilmeli (O'Brien ve ark. 2005; O'Keefe 2005; McCabe ve ark. 2010; Luk ve Loke 2015; McCabe ve ark. 2016; Luk ve Loke 2019).

Prematür Ejekülasyon (Erken Boşalma)

DSM V'te; En az 6 ay boyunca cinsel etkinliklerde her zaman veya hemen hemen her zaman vajinal penetrasyondan önce veya yaklaşık bir dakika içinde meydana gelen ejakülasyon olarak tanımlanmaktadır (İncesu 2011). Erken boşalma (PE) oldukça yaygın bir erkek cinsel işlev bozukluğudur. PE, psikolojik ve duygusal sağlık da dahil olmak üzere hastanın hayatının birden fazla yönünü ve ayrıca partnerler ve / veya eşlerle kişiler arası ilişkileri etkileyebilir (Basile Fasolo ve ark. 2005; Laumann ve ark. 2005; Porst ve ark. 2007). Hormonal faktörler, var olan diğer cinsel sorunlar (erektil disfonksiyon, cinsel isteksizlik), psikiyatrik sorunlar (anksiyete, depresyon, suçluluk, güven eksikliği), cinsel deneyim yetersizliği, ilişkide yaşanan sorunlar (zayıf iletişim, yakınlaşma korkusu, gerçekçi olmayan cinsel beklentiler), kişinin kendine özgü mastürbasyon yöntemleri erken boşalmaya neden olan faktörlerdendir.

Nedene göre tedavi seçenekleri sunularak sorun psikolojik kökenli ise tedavi olarak psikoseksüel terapiler, bilişsel-davranışsal terapiler önerilerek hastanın boşalmayı kontrol etmesi yada geciktirmesi için öz denetim teknikleri öğretilir. Tıbbi tedavi olarak da SSRI ajanlarından; paroksetin, sertralin, sitalopram, fluoksetin ve serotonerjik trisiklikk, klomipramin ve dapoxetine önerilir. (Saleh ve ark. 2005; Drosdzol ve Skrzypulec 2008; Elia ve ark. 2010; McCabe ve ark. 2016).

Hemşirelik Yaklaşımı

- Hemşire-hasta arasında güvene dayalı ilişki kurularak ayrıntılı bir cinsel öykü alınmalı
- Hasta cinsel sorunu hakkında konuşması için cesaretlendirilmeli
- Hastanın partneri ile cinsel iletişim kurması sağlanmalı, cinselliğin sadece birleşme eylemi olmadığını, cinsel doyumun dokunma, sarılma, kucaklama ve öpme ile de sağlanabileceği konusunda bilgilendirilmeli
- Partneri ile de görüşülerek bu süreçte eşine destek olması konusunda bilgilendirilmeli
- Cinsel ilişki öncesinde ve sırasında performans kaygısı içerisinde olunmaması konusunda uyarılmalı
- Ön sevişmeye yeterince zaman ayrılması gerektiği konusunda uyarılmalı
- Aromatik masaj yağlarıyla gevşeme egzersizleri yapılarak hazza odaklanmalı ve performans kaygısının yaşanmaması gerektiği konusunda bilgilendirilmeli
- Daha fazla uzmanlığın gerektiğ durumlarda tedavi için cinsel terapistlere yönlendirilmelidir (Saunamäki ve ark. 2010; Van den Broeck ve ark. 2010; Ferraresi ve ark. 2013; McCabe ve ark. 2016).

2.9. İnfertilitede Cinsel Danışmanlık

İnfertilite biyopsikososyal bir kriz olarak kabul edilir ve infertilite danışmanlığı multidisipliner bir yaklaşımın ayrılmaz bir parçası olarak önerilmektedir. Son yıllarda, infertilite danışmanlığı profesyonel uzmanlık ve nitelik gerektiren uzman bir danışmanlık şekli haline gelmiştir (Van den Broeck ve ark. 2010; Pacheco Palha ve ark. 2011). Danışmanlıkta bireyin fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerini değerlendirmek için doktor, embriyolog, infertilite hemşiresi ile birlikte psikolog ve psikiyatristin yer aldığı multidisipliner ekiple çalışılması önerilmektedir (Yanıkkerem ve ark. 2008 Pacheco

Palha ve ark. 2011). Multidisipliner ekip içerisinde yer alan hemşireler, hastalarla en fazla vakit geçiren sağlık bakım profesyonelleri olduğundan, cinsel fonksiyona ilişkin sorunların saptanmasında da önemli yer tutmaktadır. (O'Keefe 2005; Taylor ve Davis 2006; Kütmeç 2009; Southard ve Keller 2009).

Cinsel işlev bozukluğu (cib), çiftlerin cinsel yaşam kalitelerini önemli derece etkileyen bir sağlık sorunu olup, cinsel danışmanlık çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir (Bitzer ve ark. 2011; Lamont 2012). Çözülmeyen cinsel problemlerin çiftlerin cinsel yaşam kalitesini, eşler arasındaki yakınlığı ve tedavi süreçlerini etkileyip etkilemediği konusunda endişe duyduklarını ve bu konuya ilişkin bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (Southard ve Keller 2009; Bal, 2014). Hastaların cinsellik ve cinsel sağlığa ilişkin kaygılarını ve sorunlarını ilk olarak hemşirelerle paylaştıkları belirtilmiştir (Taylor ve Davis 2006). Ancak çok az hemşire cinselliği değerlendirebilmektedir (Akıncı ve ark. 2010). Çünkü hemşireler, cinsel sağlık konusunda ve hastalıkların cinsel yaşamı nasıl etkileyeceği konusunda danışmanlık yapabilmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını belirtmektedir (Magnan ve ark. 2005; Mick 2007; Saunamaki ve ark. 2010). Ancak hemşireler cinsel bilgi ve becerilerini arttırarak, infertil çiftlerin cinsel ihtiyaçlarını değerlendirerek ve bu ihtiyaçları karşılamak için en iyi stratejiyi seçerek hastalara yardımcı olabilir (Kütmeç 2009; Saunamaki ve ark.2010). Bunun için öncelikle hemşirelerin cinsellik ve cinsel fonksiyon yada disfonksiyonlar hakkında yeterince bilgiye sahip olmalı, iyi bir dinleyici olmakla birlikte yargılayıcı tutum sergilememeli, cinsel iletişim becerilerini geliştirmeli, ayrıntılı cinsel öykü alabilmelidir. Bu süreçte cinsel davranışlarla ilgili bilgileri genel bakımla bütünleştiren bir model kullanılması da, hemşirelerin cinsel sağlık hakkında bilgi edinmesine ve değerlendirmesine ve böylece bu hasta grubunun karşılaştığı olası endişeleri ve sorunları incelemesine yardımcı olabilir (Southard ve Keller 2009; Kütmeç 2009; Saunamaki ve ark. 2010; Bal, 2014).

2.10. Cinsel Danışmanlıkta Kullanılan Modeller

Cinsel danışmanlık modellerinin, hastalarla cinsel sorunları tartışırken, sağlık profesyonellerinin bu konudaki yeterliliğini geliştirmede ve uygun bakım vermede faydalı olduğu önerilmektedir (Rutte ve ark.2015). Son zamanlarda en çok ALARM, BETTER, PLISSIT ve SHM (Cinsel Sağlık Modeli-Sexual Health Model-SHM) modelleri geliştirilerek kullanılmaya başlanmıştır. Bu modellerin hepsi cinsel

danışmanlıkta farklı yaklaşım sunmaktadır. (Dixon ve Dixon 2006; Taylor ve Davis 2006; Rutte ve ark. 2015).

Modeller doğrultusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde, Marvi ve ark. (2019) Tahran'da 108 infertil kadınla yaptığı randomize kontrollü çalışmasında Cinsel Sağlık Modeli'ne (SHM) dayalı verilen cinsel eğitimin deney grubunda ki kadınlarda FSFI puanlarını ve cinsel işlevi arttırdığı, deney ve kontrol grupları arasında da istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir ($p<0,001$). Quin ve ark. (2013) Avusturalya'da yapmış oldukları çalışmada BETTER modeli kapsamında verilen cinsel danışmanlığın cinsel işlevi iyileştirdiği, kaygı ve stresi azalttığı bildirilmiştir.

Faghani ve Ghaffari (2016) İran'da yapmış oldukları yarı deneysel bir çalışmada Mastektomi sonrası PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen deney grubunun FSFI skorlarının ve cinsel yaşam kalitesininin arttığını belirtmiştir. Banaei ve ark. (2015) İran'da doğumdan sonarki ilk altı ayda emizren kadınlarla yapmış oldukları çalışmada PLISSIT tabanlı verilen cinsel danışmanlığın deney grubundaki kadınların Kadin Cinsel İşlevi İndeksi (KCFİ) puanlarını arttırdığı, kontrol ve deney grupları arasında KCFİ puan ortalamasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir($p<0,001$). Khakbazan ve ark. (2016) Tahran'da Multipl Skleroz (MS) tanısı almış olan evil kadınlarla yapmış olduğu randomize klinik çalışmada PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlık sonrası kadınların ortalama KCFİ skorlarının ve KCFİ alt boyut puanlarının anlamlı olarak yükseldiği tespit edilmiştir. Rutte ve ark. (2015) Amsterdam'da Tip 2 Diabetes Mellituslu hastalarla yaptıkları çalışmada PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlığın, cinsel işlevi iyileştirdiği, cinsel memnuniyeti ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir.

P-LI-SS-IT Modeli

Annon (1981) tarafından önerilen PLISSIT modeli, cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması için geliştirilmiş, etkili bir iletişim modeli olup Davis ve Taylor (2006) tarafından yeniden gözden geçirilmiştir. Bu model, cinselliğin tartışılmasına, pozisyonların değiştirilmesi, lubriksayonların kullanımı, tedavide hastaların ihtiyaçlarına göre diğer önerilerin yanı sıra, daha karmaşık durumlarda, uzman profesyoneller ile yoğun tedaviye yönlendirmeyi teşvik etmek gibi spesifik öneriler sunmasına izin verir (Annon 1981; Taylor ve Davis 2006). Bu model psiko-cinsel problemlerle ilişkili iletişim becerilerine sahip sağlık profesyonelleri tarafından

kullanılmalıdır (Taylor ve Davis 2006). Annon (1981), hastaların cinsel sorunlarının %80-90'ını model tarafından önerilen ilk üç seviyede çözülebileceğine inanmakta ve hatta cinsel sorunların %70'inin modelin izin verme basamağında çözümlenebileceğini belirtmiştir.

Cinsel sorunları ele alma yöntemlerinden biri PLISSIT (İzin, Sınırlı Bilgi, Özel Öneriler, Yoğun Terapi) modelidir. PLISSIT modeli, cinsel sorunlar hakkında kapsamlı bakım planlaması için özel bir çerçeve sağlar. Bu model, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının bireylerle cinsel konular hakkında bir tartışma başlatmasına ve modelin sonraki adımlarında, yararlı bilgiler ve önerilerin bakım planına dahil edilmesine olanak tanır. Birçok araştırmacı, PLISSIT modelinin cinsel işlevi iyileştirmedeki etkinliğini göstermiştir. (Taylor ve Davis 2006; Farnam ve ark., 2014; Rostamkhani ve ark. 2015).

PLISSIT, modelin dört aşamasının kısaltmasıdır: İzin, Sınırlı Bilgi, Özel Öneriler ve Yoğun Terapi. Bu dört aşamalı çerçeve, cinsel sorunların tartışılması ve tedavisi için bakım sağlayıcılarına yardımcı olur. Daha da önemlisi, modelin kullanımı bakım sağlayıcının yeterliliğine göre düzenlenmiştir, dolayısıyla her adımda hastaları daha ileri tedavi için sevk etmelerine izin verilir (Davis ve Taylor 2006; Rostamkhani ve ark. 2015; Khakbazan ve ark.2016).

P (İzin):

Modelin ilk basamağı, hastaya cinsel olarak aktif kalmak için doğru cinsel geleneklerini korumasına "izin verir" ve hastayı cinsel işlevlerine zarar veren sorunları ve sorunları tartışmaya teşvik eder. Hastanın endişelerini ve kaygısını azaltmak çoğu zaman yeterli olabilir.

LI (Sınırlı Bilgi):

Cinsel işlevin anatomik ve fizyolojik yönleri hakkında "sınırlı bilgi" vermek, kronik hastalıklar ve cinsellik üzerindeki yan etkileri ile ilgili doğru bilgileri sunmayı içermektedir. Danışmanlık sürecinde hastalardan cinsellik üzerine kitap veya makale okumalarını, cinsel isteği arttırıcı film izlemeleri önerilerek hastaların olumlu sonuçlara ulaşmaları sağlanabilir. Bu sınırlı bilgi, hastanın ilk aşamada bahsedilen cinsel gereksinimlerine doğrudan ilişkili olmalıdır.

SS (Özel Öneriler): Belirli hasta veya partner kaynaklı endişeler için özel öneriler sunulur. Bu adım, belirli hastalara göre pratik ipuçları ve egzersizler gerektirir.

Aynı zamanda, alternatif cinsel pozisyonları seçme, kayganlaştırıcılar ve bireyin cinsel memnuniyetini artırmak için stratejiler hakkında bazı tavsiyelerde bulunmayı da içerir.

IT (Yoğun Terapi):

Modelin üç basamağının başarılı olamadığı durumda daha ayrıntılı danışmanlık gerektiği için yoğun terapi aşaması kullanılır. İlk 3 aşamada çözülemeyen cinsel sorunlarda daha fazla uzmanlık gerektiğinden seks terapisi deneyimi olan uzmanlara yönlendirilir. Danışman, hastayı bir uzmana yönlendirebilmesi için yeterli bilgiye sahip olmadığı durumları veya sorunları çözmek için sınırlamalar olduğunda tespit etme becerisine sahip olmalıdır (Taylor ve Davis 2006; Kaplan 2011; Farnam ve ark., 2014; Rostamkhani ve ark. 2015; Khakbazan ve ark.2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, infertil çiftlere PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlığın cinsel işlev ve cinsel doyuma etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi toplam puanları yüksektir.

H2: Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanları yüksektir.

H3: Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı düşüktür.

H4: Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki erkeklerin, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanları yüksektir.

3.3. Araştırmanın Türü

Bu araştırma randomize kontrol gruplu deneysel çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ağustos 2019-Şubat 2020 tarihlerinde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı İnfertilite Kliniği'nde yürütülmüştür. İnfertilite kliniğine son bir yıl içerisinde, ilk muayene için başvuran hasta sayısı 1850, yıllık siklus sayısı (IVF) 350 olmak üzere toplam 2200 hastanın tedavisi ve izlemi yapılmaktadır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı İnfertilite Kliniği, Avrupa İnsan Üremesi ve Embriyoloji Derneği tarafından akredite edilen bir birimdir. Klinikte üç hekim, üç hemşire, iki embriyolog, iki biyolog, bir yardımcı sağlık personeli, 2 kayıt memuru ve bir klinik sekreteri görev yapmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ağustos 2019-Şubat 2020 tarihlerinde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde araştırmanın yapıldığı tarihlerde İnfetrilite

Polikliniği'ne başvuran çiftler oluşturmuştur. Grupların örneklem sayısını belirleyebilmek için yapılan çalışmalarda infertil kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme ortalamaları dikkate alınarak güç analizi yapılmış olup çalışmanın gücü, G*Power (v3.1.7) programında hesaplanmıştır. Araştırmada girişim sonrası değişim beklenen temel değişken olarak Kadın Cinsel Fonksiyon İndeks (KCFİ) puanı alınmıştır. Smith ve ark. (2008) çalışmasında girişim sonrası (cinsel danışmanlık verildikten sonra) KCFİ ortalaması 17,1 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmanın sonuçları dikkate alınarak yapılan istatistiksel analizde çalışma %5 anlamlılık düzeyinde ve çalışmanın gücü %80 alınmış olup, KCFİ ortalamasına göre her grup için gerekli minimum denek sayısı 19 olarak saptanmıştır. Çalışma sırasında çalışmadan ayırlanlar/ayrılmak zorunda olanlar ya da kayıpların da olabileceği dikkate alınarak hem deney hem de kontrol grubuna cinsel işlev bozukluğu olan 30 çiftin alınmasına karar verilmiştir. Yapılan güç analizi sonucuna göre çalışmamızda her bir grup için 30 çift alınarak, toplam çalışmaya alınacak çift sayısı 60 olarak belirlenmiştir.

Çalışma Grupları:

Deney grubu: Cinsel danışmanlık verilen cinsel işlev bozukluğu olan infertil çiftler deney grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu: Cinsel danışmanlık verilmeyen (klinik rutine bırakılan) cinsel işlev bozukluğu olan infertil çiftler kontrol grubunu oluşturmuştur.

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- 18-45 yaş aralığında olması
- İnfertil kadın ve erkekte cinsel işlev bozukluğunun varlığı (FSFI= 26.55 puan ve altı, ACYÖ≥11 puan ve üstü, BDÖ≥17 puan ve üstü)
- En az bir yıl önce infertil tanısı almış olması
- Okur yazar olması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

Örnekleme dahil edilmeme kriterleri:

- İnfertilite dışında genel tıbbi bozukluk ya da hastalığı bulunması
- Psikiyatrik rahatsızlığı olan
- Sekonder infertil olan çiftler
- OPU (Yumurta toplama) ve ET (embriyo transferi) işlemleri için yatışı yapılanlar

Randomizasyon

- Deney ve kontrol grubunu ayırabilmek için kayıpların olabileceği düşünülerek, üzerinde 1'den 75'e kadar randevu sırası olan bir defter hazırlandı.
- Daha sonra örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun olan çiftler randevu defterine yazıldı. Randevu defterinde randomize sayılara göre belirlenen sayılar randevu sırası olacak şekilde ayarlandı. Deney-kontrol grubunun ayrımı; basit rastgele örnekleme yöntemi ile yapıldı. Örnekleme girecek numaralar www.random.org sayı üret ile belirlendi.
- ***Deney grubu:*** 2, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 34, 35, 37, 41, 42, 44, 47, 49, 50, 52, 53, 55, 57, 58, 59
- ***Kontrol grubu:*** 1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 39, 40, 43, 45, 46, 48, 51, 54, 56, 60

3.6. Araştırmanın Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İnfertilite Polikliniği'ne başvuran, primer infertil tanısı konulmuş toplam 75 çifte, cinsel işlev bozukluğunu belirlemek amacıyla Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KFCİ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu (ACYÖ) uygulanmıştır. Örneklem seçim kriterleri doğrultusunda Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinden toplam ≤ 26,55 kadınlar ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden ≥11 puan ve üstünde olan erkekler çalışmaya dahil edilmiştir. 11 çiftin puan kriterlerine uymaması ya da IVF/ICSI-OPU/ ET aşamasında olmaları ve 4 çiftin de sekonder infertil olmasından dolayı çalışmaya dahil edilememiştir. Ön değerlendirme sonucunda deney (30 çift) ve kontrol (30 çift) için toplam 60 çift örneklem kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan çiftlere Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okunmuş ve onamları (EK-7) alınmıştır. Ayrıca çiftlere cinsel danışmanlık vermeden önce ''İlişki ve Evlilik Danışmanlığı ve Cinsel Terapi Egitimi'' alınmıştır.

Deney grubu ile toplam altı görüşme (ilk görüşme, üç cinsel danışmanlık, bir telefon görüşmesi ve son görüşme), kontrol grubu ile toplam üç görüşme (ilk görüşme-telefon görüşmesi- son görüşme) yapılmıştır (Şekil 3-1; Şekil 3-2). Deney ve kontrol grubu ile yapılan tüm görüşmeler ve cinsel danışmanlık oturumları (önceden randevu

tarihleri verilerek) klinikte daha önceden belirlenen özel bir odada yüz yüze görüşme yöntemiyle tamamlanmıştır.

Deney ve kontrol grubu ile yapılan ilk-ön değerlendirmede "Tanıtıcı Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği" uygulanmıştır. İlk-ön değerlendirme sonrasında deney grubuna cinsel danışmanlık oturumları planlanmıştır.

Literatürde cinsel danışmanlığın etkinliğini saptamak amacıyla yapılan çalışmalarda, hastalar cinsel danışmanlık sonrası 4. ayda tekrar değerlendirilmiştir (Bayar ve ark.,2014; Farnam ve ark. 2014; Rostamkhani ve ark. 2015). Bu çalışmada da literatürde yer alan araştırmalar doğrultusunda cinsel danışmanlıktan 3 ay sonra son değerlendirme yapılmıştır.

Deney grubuna en az bir hafta ara ile toplam üç oturumda gerçekleştirilen “cinsel danışmanlık” oturumları için randevu verilmiştir. Bu oturumlar her biri 60 dakika olmak üzere tamamlanmıştır. Görüşmeler öncesi literatür doğrultusunda ‘‘İnfertil Çiftlere Yönelik Cinsel Danışmanlık Eğitim Kitapçığı’’ (Ek-13) hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığı için 3 kişiden uzman görüşü alınmıştır. Hazırlanan eğitim kitapçığı cinsel danışmanlığın ilk oturumunda deney grubuna verilmiş olup bu kitapçıktan ikinci ve üçüncü oturumda yararlanılmıştır.

PLISSIT Modeli doğrultusunda verilen danışmanlık oturumlarının izin verme aşamasında; uygun ortam sağlanarak çiftlere cinsellik ve cinsel sağlıkları ile ilgili sorunlarını ifade etmesine izin verildi. Çiftlere cinsel sağlığa ve cinsel yaşantısına yönelik açık uçlu sorular sorarak duygularını açıkça ifade etmesi sağlanmıştır. Sınırlı bilgi aşamasında; infertilite’nin cinsellik üzerine etkisi, bu sürecin cinsel fonksiyonları nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi verildi. Çiftlerin cinselliğe ilişkin yanlış bilgileri ve mitleri açığa çıkarılarak ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Çiftlerde var olan cinsel bozukluklar belirlenip psikolojik değişimler, benlik algısı, cinsel tutum, depresyon düzeyi, evlilik ilişkisi konuşuldu. Hastanın cinsellikle ilgili endişeleriyle daha iyi baş etmesine yardım edildi. Özel öneriler aşamasında, her bir çift ile cinsel sorunlara yönelik çözüm önerileri görüşüldü. Çiftlerin gereksinimlerine göre alternatif cinsel birleşme pozisyonları, bedeni keşfetme egzersizi, cinsel organları keşfetme egzersizi, mastürbasyon egzersizi, kegel egzersizi, masaj egzersizi ve kayganlaştırıcılar önerildi.

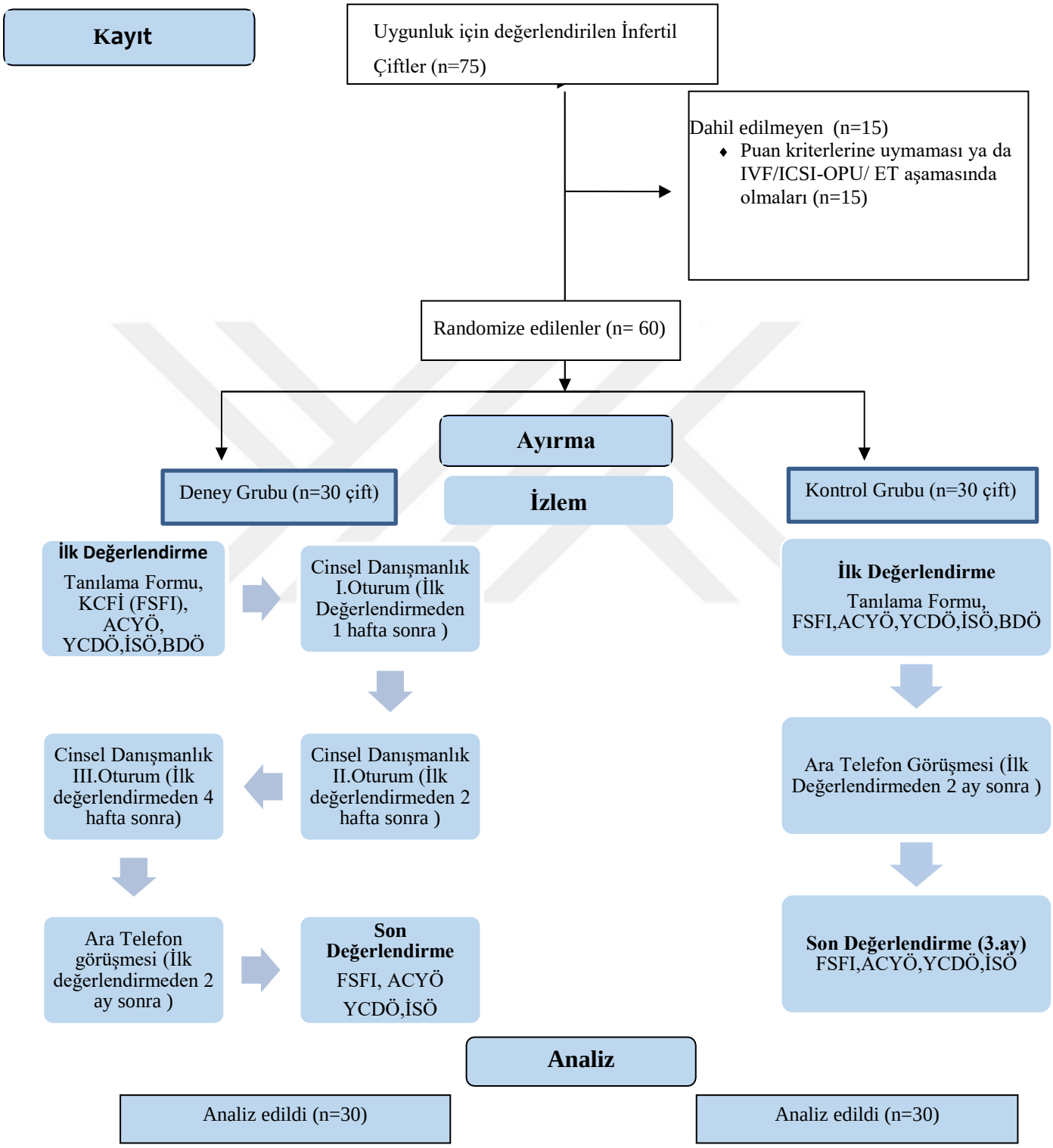
Ayrıca erotik okuma materyalleri, oyunları, bireyin ya da çiftin heyecan ya da uyarılmasını artıran uygulamalar önerildi. Yoğun Terapi aşamasında ise cinsel yaşamdaki değişimleri, çiftlerin danışmanlık boyunca yaşadığı zorlukları, deneyimleri, başa çıkma stratejilerinin paylaşılması ve cinsel sorunun çözülme düzeyi ve uzman terapiste duyulan gereksinimi belirlendi (Şekil 3-3).

Son değerlendirmede ise deney grubu ile cinsel danışmanlığın cinsel sağlığa etkilerini belirlemek amacıyla ilk görüşmeden sonra ki üçüncü ayda planlanan randevu tarihlerinde ‘‘Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği’’yüzyüze görüşme ile tekrar doldurularak araştırma sonlandırılmıştır.

Kontrol grubunda yer alan çiftler ile ilk görüşmeden sonra ki üçüncü ayda planlanan randevu tarihlerinde ‘‘Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği’’ yüz yüze görüşme ile tekrar doldurularak araştırma sonlandırılmıştır. Deney grubuna verilen eğitim kitapçığı, araştırma sonunda kontrol grubuna da verilmiştir.

CONSORT
TRANSPARENT REPORTING of TRIALS

CONSORT 2010 Akış Diyagramı



Şekil 3-1: Araştırmanın CONSORT Akış şeması

	İlk Değerlendirme	Cinsel danışmanlık (I) 1 hafta sonra	Cinsel danışmanlık (II) 2 hafta sonra	Cinsel danışmanlık (III) 4 hafta sonra	Ara Telefon Görüşmesi 2.AY	Son Değerlendirme 3.AY
Deney	**Tanılama formu KCFİ ACYÖ YCDÖ İSÖ BDÖ**	+	+	+	+	**KCFİ ACYÖ YCDÖ İSÖ**
Kontrol	**Tanılama formu KCFİ ACYÖ YCDÖ İSÖ BDÖ**				+	**KCFİ ACYÖ YCDÖ İSÖ**

Şekil 3-2: Cinsel Danışmanlık Süresi Şeması

Seans	Konu	İçerik	PLISSIT(Model)	Süre
1	**İlk değerlendirme (İlk görüşmeden 1 hafta sonra)**	Çiftlere cinsellik ve cinsel sağlıkları ile ilgili sorunlarını ifade etmesine izin verildi /cesaretlendirildi. Çiftlere cinsel sağlığa ve cinsel yaşantısına yönelik açık uçlu sorular soruldu.	**İzin verme (Permission)**	**30 dk**
	İnfertilite ve cinsellik açısından psikososyal durum	Cinsel ilişkinin önemini İnfertilite'nin cinsellik üzerine etkisi, bu sürecin cinsel fonksiyonları nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi verildi. Çiftlerde var olan cinsel işlev bozukluklar belirlendi. Çiftlerin cinselliğe ilişkin yanlış bilgileri ve mitleri açığa çıkarılarak ortadan kaldırılmaya çalışıldı. Psikolojik değişimler; benlik algısı, cinsel tutum, depresyon düzeyi, evlilik ilişkisi konuşuldu. İnfertil Çiftlere Yönelik Cinsel Danışmanlık Kitapçığı verildi.	**Sınırlı Bilgi (Limited Information)**	**30 dk**
2	**Cinsel işlevin düzenlenmesi (İlk görüşmeden 2 hafta sonra)**	Cinsel işlev bozukluklara yönelik öneriler belirlendi. Cinsel işlev bozukluklarının yönetimine ve cinsel memnuniyetin arttırılmasına yönelik egzersizler (Cinsel Birleşme Pozisyonları, Kegel Egzersizi, Bedeni Keşfetme Egzersizi, Cinsel Organları Keşfetme Egzersizi, Mastürbasyon Egzersizi, Masaj) Egzersizleri anlatıldı ve uygulamaları önerildi. Çiftin heyecan ya da uyarılmasını artıran erotik okuma materyalleri ve filmler önerildi	**Özel Öneriler (Spesific Suggestions)**	**60 dk**
3	**Cinsel danışmanlığın değerlendirilmesi (İlk görüşmeden 4 hafta sonra)**	Çiftlerin cinsel yaşamındaki değişimler, danışmanlığın etkileri, danışmanlık boyunca yaşanılan güçlükler ve başa çıkma stratejilerinin paylaşılması, cinsel sorunun çözülme düzeyi ve cinsel terapist'e duyulan gereksinim belirlenerek 4 hasta cinsel terapiste yönlendirildi.	**Yoğun Terapi (Intensive Therapy)**	**60 dk**

Şekil 3-3: PLISSIT Modeli Doğrultusunda Yapılan Cinsel Danışmanlığın İçeriği

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, çiftlerin sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık öyküsü, jinekolojik öykü ve çiftlerin cinsel yaşam öyküsünün sorgulandığı toplam 40 sorunun yer aldığı dört bölümden oluşmaktadır. Formun ilk bölümünde çiftlerin sosyo-demografik özelliklerine (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, gelir düzeyi, evlilik süresi, aile tipi) yönelik sorulara yer verilmiştir. İkinci bölümde çiftlerin mevcut sağlık durumu (kronik hastalıkları, geçirdiği ameliyatlar, kullandığı ilaçlar), üçüncü bölümde jinekolojik öyküsüne (infertilite süresi, infertilite nedeni, tedavi geçmişi ve aşaması) ilişkin sorulara yer verilmiştir. Dördüncü bölüm ise çiftlerin infertil öncesi ve infertil döneminde cinsel yaşamına ilişkin soruların yer aldığı sorulardan oluşmaktadır (Ek- 1).

3.6.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (The Female Sexual Function Index- FSFI) (EK-2)

Rosen ve ark. (2000)'nın kadın cinsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla geliştirdikleri Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) 19 maddeden oluşan bir ölçek olup, son dört haftayı içeren cinsel işlev ya da sorunları değerlendirmektedir. Ölçek 6 boyuttan oluşmak üzere kadınlarda istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve cinsel ağrı düzeylerini değerlendirmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 2-36 puan arasında olmak üzere her bir alt boyut 0 veya 1-6 puan arasında puanlanmıştır. Puanların artması cinsel işlev düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir.

Cinsel işlev düzeyi; eğer KCFİ toplam puanı 30 ve üzeri ise "iyi", 23-29 puan arası ise "orta", 23 puandan az ise düşük düzey olarak belirtilmiş olup ölçeğin kesme değeri ise 26,55 puandır. KCFİ'nin toplam puanının 26,55 ve altında olması ise cinsel işlev düzeyinin yetersiz olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,82 belirtilmiştir (Rosen ve ark. 2000). Öksüz ve Malhan (2005) tarafından geçerlik ve güvenirlik analizi yapılan ölçeğin güvenirlik ölçümü 0,75-0,95 aralığında belirtmiş olup Cronbach alfa değeri 0,95 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda ise Cronbach alfa iç tutarlık değerlerinin 0,855-0,986 arasında olduğu görülmüştür (Tablo 3-1). Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek-8).

Table 3-1: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Alt Boyut Maddeleri ve Puanlaması, iç tutarlılık değeri (Cronbach Alfa) Değeri

Alt Boyut	Soru	Puan Aralığı	Faktör Puanı	Min. Puan	Maks. Puan	Cronbach α İlk Değ.	Cronbach α Son Değ.
İstek	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0	0.855	0.883
Uyarılma	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6,0	0.911	0.954
Lubrikasyon	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6,0	0.947	0.958
Orgazm	11,12,13	0-5	0,4	0	6,0	0.913	0.933
Memnuniyet	14,15,16	0(veya 1)-5*	0,4	0,8	6,0	0.939	0.945
Ağrı	17,18,19	0-5	0,4	0	6,0	0.944	0.949
Toplam Puan				2,0	36,0	0.976	0.986

*14. Madde için puan aralığı=0-5; 15. ve 16. maddeler için puan aralığı=1-5

Kaynak: Rosen, R., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'agostino, R. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function, Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 191-208.

3.6.3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) (EK-3)

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), McGahuey ve ark. (2000)'nın hastaların cinsel işlevlerini ve ortaya çıkan cinsel sorunları belirlemek amacıyla geliştirdikleri bu ölçek likert tipinde değerlendirilen 5 maddeden oluşmakta ve kadın/erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Ölçek son 1 haftadaki cinsel işlevi değerlendirmekte olup, ölçekten alınacak toplam puan 5-30 puan arasında olmak üzere her bir soru 1-6 puan arasında değişmektedir.

Ölçeğin Soykan (2004) tarafından geçerlik güvenilirlik analizi yapılmış olup, güvenilirlik ölçümünün .89-.90 cronbach alpha değerleri arasında olduğu ve ölçek kesme değerinin de 11 puan ve üzerinde olduğu belirtilmiştir. Ölçekte alınan yüksek skorlar cinsel işlev düzeyinin yetersiz olduğunu, düşük skorlar ise cinsel işlev düzeyinin yeterli ve cinsel yanıtın güçlü olduğunu göstermektedir (Soykan 2004).Çalışmamızda ölçeğin ilk ve son değerlendirmedeki Cronbach Alfa iç tutarlılık değeri Tablo 3-2'de gösterilmiştir. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek-12).

Table 3-2: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Cronbach Alfa Değeri

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)	Cronbach α
İlk-Değ	0,517
Son-Değ.	0,888

3.6.4. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) (EK-4)

Stulhofer ve ark. (2010) cinsel doyum düzeyini ölçmek amacıyla geliştirdikleri Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ), 20 maddeden ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek skor 20-100 puan aralığında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek skorlar cinsel doyum düzeyinin iyi olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin ilk alt boyutu olan ben merkezli alt boyutta (1-10. Maddeler) daha çok kişisel deneyimlerden oluşan cinsel doyum düzeyi ölçülürken, ikinci alt boyutu olan eş-partner/cinsel aktivite merkezli alt boyutta (11-20.maddeler) ise kişinin partnerinin cinsel davranış ve tepkilerinden ve ayrıca cinsel aktivitenin çeşitliliği ve/veya sıklığından alınan cinsel doyum düzeyini ölçülmektedir

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizi Tuğut (2016) tarafından yapılmış olup cronbach alfa iç tutarlılık değeri kadınlarda 0,94, erkeklerde 0,95 olarak hesaplandığı ölçekte, madde-toplam korelasyonlarının kadınlara uygulanan ölçekte 0,65-0,77 arasında, erkeklere uygulanan ölçekte ise 0,64-0,84 arasında değiştiği belirtmiştir (Tuğut 2016). Ölçeğin çalışmada kullanılması için yazılı izin alınmıştır (Ek-11). Çalışmamızdaki Cronbach Alfa iç tutarlılık değeri Tablo 3-3'de gösterilmiştir.

Table 3-3: Yeni Cinsel Doyum Ölçeği Alt Boyut Maddeleri, Puanlaması ve Cronbach Alfa Değeri

Alt Boyut	Madde Sayısı	Puan Aralığı	Cronbach α	
			İlk Değ.	Son Değ.
Kadın				
Ben-Merkezli Alt Boyut	1-10	10-50	0,950	0,981
Eş-Partner/Cinsel Aktivite Merkezli Alt Boyut	11-20	10-50	0,903	0,976
Toplam Puan	20	20-100	0,941	0,987
Erkek				
Ben-Merkezli Alt Boyut	1-10	10-50	0,948	0,974
Eş-Partner/Cinsel Aktivite Merkezli Alt Boyut	11-20	10-50	0,921	0,978
Toplam Puan	20	20-100	0,935	0,984

3.6.5. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) (EK-5)

İnfertilite stres ölçeği, Schmidt (2006) tarafından infertil kadın ve erkeklerin yaşadığı stresi değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizi Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 14 maddeden olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin ilk alt boyutu olan kişisel alan toplam 6 maddeden oluşup, bu alt boyuttan alınabilecek puan 0-20 aralığında değişmektedir. Puanların yüksek olması stres seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Orjinal ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık değeri 0,81 iken, Yeşiltepe ve Oskay (2016)'ın çalışmasında kadınlar için 0,82, erkekler için 0,91 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızdaki Cronbach alfa iç tutarlılık değeri ise Tablo 3-4'de gösterilmiştir.

Ölçeğin ikinci alt boyutu olan evlilik alanı toplam 4 maddeden oluşurak, bu boyuttan alınabilecek puan değerleri ise 0-14 aralığında değişmektedir. Puanların yüksek olması stres seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,73'tür. Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay (2016) çalışmasında bu değer kadınlar için 0,75, erkekleriçin 0,72'dir. Çalışmamızdaki Cronbach Alfa iç tutarlılık değeri Tablo 3-4'de gösterilmiştir.

Ölçeğin üçüncü alt boyutu ise sosyal alan olup, 4 maddeden oluşmakta ve ölçekten alınabilecek puan değerleri 0-12 aralığında değişmektedir. Puanların yüksek olması stres seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,79'dur. Yılmaz ve Yeşiltepe-Oskay (2016) çalışmasında ise bu değer kadınlar için 0,78, erkekleri için 0,84'tür. Ölçeğin çalışmada kullanılması için yazılı izin alınmıştır (Ek-9). Çalışmadaki Cronbach Alfa iç tutarlılık değeri ise Tablo 3-4'de gösterilmiştir

Tablo 3-4: İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Maddeleri, Puanlaması ve Cronbach Alfa Değeri

Alt Boyut	Madde Sayısı	Puan Aralığı	Cronbach α	
			İlk Değ.	Son Değ.
Kadın				
Kişisel Alanda Stres	1,2,11,12,13,14	0-20	0,786	0,849
Evlilik Alanında Stres	3,4,5,6	0-14	0,721	0,763
Sosyal Alanda Stres	7,8,9,10	0-12	0,825	0,825
İsö Toplam			0,878	0,911
Erkek				
Kişisel Alanda Stres	1,2,11,12,13,14	0-20	0,776	0,818
Evlilik Alanında Stres	3,4,5,6	0-14	0,735	0,784
Sosyal Alanda Stres	7,8,9,10	0-12	0,807	0,798
İsö Toplam			0,863	0,910

3.6.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-6)

Ölçek Beck (1961) tarafından depresyonun çeşitli belirtilerini ve şiddetini ölçmek için geliştirilmiş olup toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 0-63 aralığında değişmekte olup, her bir soru 0-3 puan arasında değerlendirlmektedir. Puan sınıflandırılması ise 0-16=depresyon belirtilerinin olmadığını, 17-27=hafif depresyon belritileri, 28-34=orta derecede depresyon belritileri ve 35-63=şiddetli depresyon belirtileri olarak değerlendirilmektedir (Beck 1961). Ölçeğin geçerlik güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, kesme puanı 17, Cronbach alfa değeri 0,80 olarak belirtilmiştir. Çalışmadaki Cronbach Alfa iç tutarlılık değeri Tablo 3-5'te gösterilmiştir.

Table 3-5: Beck Depresyon Ölçeği Cronbach Alfa Değeri

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	Cronbach α
Kadın	0.695
Erkek	0.745

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmaların verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" uygulanmıştır. Ankette kullanılan Likert tipi ölçekler normal dağılıma uygun bulunmuştur.

Normal dağılıma sahip ölçek için istatistik değerlendirmelerde parametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip ölçekler de niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, grup içi karşılaştırmalarında paired sample t testi kullanılmıştır.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ (anlamlı) düzeylerinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-14).

Kurumdan alınan yazılı izin ile birlikte İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izni alındı (Sayı: 13022260-300-108795 Tarih: 17.07.2019)

Araştırmaya dahil olan deney ve kontrol grubunda yer alan çiftlere araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için yayınlanacağına dair açıklamaları içeren şekilde ayrı ayrı Helsinki Bildirgesi"ne göre hazırlanan onam formu dolduruldu (Ek-7).

3.9. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönleri

- Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir tasarımda olması
- Görsel ve yazılı materyal geliştirilmesi,
- Araştırmacının cinsel danışmanlığa yönelik eğitimler almış olması
- Cinsel danışmanlığın çiftlere uygulanmış olması
- Cinsel danışmanlığın PLISSIT modeli doğrultusunda yürütülmüş olması
- Tüm çiftlerin değerlendirilmesinin aynı araştırmacı tarafından yapılmış olması

Sınırlı Yönleri

- Çalışmanın tek merkezde ve tek model ile yapılması,
- Primer infertil tanısı olan çiftlerin çalışmaya alınması
- Cinsel danışmanlığın uzun dönem sonuçlarının elde edilememesi,
- Yoğun terapi aşamasının araştırmacı tarafından yürütülememesi ve bu vakaların izlenememiş olmasıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın sonuçları istatistiksel analizleriyle tablolar şeklinde 3 bölümde sunulmuştur;

4.1. Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Kadınların İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.3. Erkeklerin İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu,Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çiftlerin sosyodemografik, genel sağlık, cinsel yaşam, jinekolojik ve infertilite tedavisine özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-1: Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		Test değeri	
		n	%	n	%	X^2	p
Kadınların Yaşı Deney Ort=28,73±4,04 Kontrol Ort=31,73±4,95 t=-2,750 p=0,013*	24 ve altı	3	10,0	3	10,0	**9,577**	**0,023***
	25-29	17	56,7	6	20,0		
	30-34	7	23,3	12	40,0		
	35 ve üstü	3	10,0	9	30,0		
Erkeklerin Yaşı **Deney** Ort=31,97±33,33 Kontrol Ort=33,33±4,64 t=-1,201 P=0,234	29 ve altı	8	26,7	7	23,3	2,993	0,393
	30-34	16	53,3	11	36,7		
	35-39	4	13,3	8	26,7		
	40 ve üstü	2	6,7	4	13,3		
Evlilik Süresi	1-5 yıl	16	53,3	12	40,0	1,392	0,499
	6-10 yıl	12	40,0	14	46,7		
	11 yıl ve üstü	2	6,7	4	13,3		
Eş ile Akrabalık Durumu	Yok	23	76,7	22	73,3	0,089	0,766
	Var	7	23,3	8	26,7		
Kadınların Eğitim Durumu	Okuryazar	1	3,3	3	10,0	3,140	0,535
	İlkokul	4	13,3	4	13,3		
	Ortaokul	7	23,4	7	23,3		
	Lise	8	26,7	11	36,7		
	Üniversite ve üzeri	10	33,3	5	16,7		
Erkeklerin Eğitim Durumu	Okuryazar	1	3,3	0	0,0	4,214	0,378
	İlkokul	7	23,4	7	23,3		
	Ortaokul	6	20,0	11	36,7		
	Lise	6	20,0	7	23,3		
	Üniversite ve üzeri	10	33,3	5	16,7		

Tablo 4-1: (Devam) Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulgular		Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		Test değeri	
		n	%	n	%	X^2	p
Kadınların En Uzun Yaşanılan Yer	Köy	6	20,0	6	20,0	0,000	1,000
	İlçe	5	16,7	5	16,7		
	İl	19	63,3	19	63,3		
Erkeklerin En Uzun Yaşanılan Yer	Köy	3	10,0	4	13,3	1,896	0,594
	Kasaba	1	3,3	0	0,0		
	İlçe	2	6,7	4	13,3		
	İl	24	80,0	22	73,4		
Kadınların Mesleği	Ev Hanımı	16	53,3	19	63,3	5,479	0,242
	Memur	2	6,7	0	0,0		
	İşçi	11	36,7	7	23,3		
	Serbest meslek	1	3,3	2	6,7		
	Diğer	0	0,0	2	6,7		
Erkeklerin Mesleği	Memur	3	10,0	2	6,7	3,841	0,279
	İşçi	22	73,3	17	56,7		
	Serbest meslek	3	10,0	9	30,0		
	Diğer	2	6,7	2	6,7		
Ailenizin Gelir Durumu	Gelir giderden az	12	40,0	9	30,0	0,686	0,710
	Gelir gidere denk	16	53,3	19	63,3		
	Gelir giderden fazla	2	6,7	1	6,7		
Aile Tip	Çekirdek aile	24	80,0	25	83,3	0,111	0,739
	Geniş aile	6	20,0	5	16,7		
Evlenme Şekli	Görücü usulü isteyerek	15	50,0	15	50,0	0,000	1,000
	Önceden tanışarak	15	50,0	15	50,0		
Toplam		**30**	**100,0**	**30**	**100,0**		

X^2=Pearson Chi-Square Test, *p<0,05

Tablo 4-1'de çiftlerin sosyodemografik özelliklerinin deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması verilmiştir. Çiftlerin grupları ile sosyodemografik özellikleri arasında ilişki olup olmadığını test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Ki kare analizine göre kadınların gruplarına göre yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05).

Deney grubundaki kadınların yaş ortalaması Ort=28,73±4,04, kontrol grubu kadınlar yaş ortalaması Ort=31,73±4,95 olup, gruplar arası yaş ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,013). Deney grubundaki erkeklerin yaş ortalaması Ort=31,97±33,33, Kontrol grubu erkeklerin yaş ortalaması Ort=33,33±4,64 olup, gruplar arası yaş ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunamıştır (p=0,234).

Deney grubundaki kadınların %56,7'si 25-29 yaş aralığında, erkeklerin ise %53,3'ü 30-34 yaş aralığındadır. Deney grubunda ki çiftlerin %53,3 ünün evlilik süres 1-5 yıl, %76,7'sinin de eşiyle akraba olmadığı ve %50'sinin de isteyerek evlendiği saptanmıştır. Bu gruptaki kadınların çoğunluğu (%63,3) en uzun süre il de yaşarken, benzer bir şekilde erkeklerin çoğunluğu da (%80) en uzun yaşadıkları yerin il olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların %53,3'ü ev hanımı, erkeklerin ise %73'ü işçi olarak çalışmaktadır. Bu gruptaki çiftlerin %53,3ünün gelir durumu gelir gidere denk, %80'i ise çekirdek aileye sahiptir.

Kontrol grubundaki kadınların %40,0'ı 30-34 yaş aralığında, erkeklerin ise %36,7'si 30-34 yaş aralığında olup, %46,7'sinin evlilik süresi 6-10 yıldır. Çifttlerin %73,3sinin eşiyle akraba olmadığı ve %50'sinin eşiyle isteyerek evlendiği bulgulanmıştır. Gruptaki kadınların %63,3'ü en uzun süre il de yaşarken erkeklerin de %73,3 ü en uzun süre il de yaşadığını belirtmektedir. Kadınların %63,3'ü ev hanımı, erkeklerin ise %56,7'si işçi olarak çalışmaktadır. Bu gruptaki çiftlerin %63,3 ünün gelir durumu gelir gidere denk, %83,3'ü ise çekirdek aileye sahiptir (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Deney ve Kontrol Grubunun Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine Göre Dağılımları

			Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		Test değeri X^2	p
			n	%	n	%		
Kadınların Mensturasyonun Düzenli Olma Durumu		Evet	21	70,0	23	76,7	0,341	0,559
		Hayır	9	30,0	7	23,3		
Geçirilmiş Üreme Sistemi Rahatsızlığı Durumu		Evet	12	40,0	15	50,0	0,606	0,436
		Hayır	18	60,0	15	50,0		
Erkeklerin Geçirilmiş Üreme Sistemi Rahatsızlığı Durumu		Evet	11	36,7	8	26,7	0,693	0,405
		Hayır	19	63,3	22	73,3		
		Hayır	20	66,7	23	76,7		
İnfertilite Sebebi		Kadın faktörlü	5	16,7	13	43,3	6,283	0,099
		Erkek faktörlü	14	46,6	8	26,7		
		Her ikisi	5	16,7	6	20,0		
		Açıklanamayan İnfertilite	6	20,0	3	10,0		
Ailede ya da Eşin Ailesinde İnfertil Durumu		Yok	21	70,0	17	56,7	1,148	0,284
		Var	9	30,0	13	43,3		
Kadınların İnfertil Süresi		1-2 yıl	8	26,7	9	30,0	1,503	0,682
		3-5 yıl	13	43,3	10	33,3		
		6-10 yıl	9	30,0	10	33,3		
		11 yıl ve üstü	0	0,0	1	3,4		
Erkeklerin İnfertil Süresi		1-2 yıl	7	23,3	7	23,3	1,259	0,739
		3-5 yıl	13	43,4	14	46,7		
		6-10 yıl	10	33,3	8	26,7		
		11 yıl ve üstü	0	0,0	1	3,3		
İnfertilite Sebebi (Erkek)	Sperm üretim bozuklukları	Evet	17	56,7	13	43,3	1,607	0,302
		Hayır	13	43,3	17	56,7		
	Sperm fonksiyon anomalileri	Evet	3	10,0	5	16,7	0,577	0,448
		Hayır	27	90,0	25	83,3		
	Primer testiküler yetmezlik	Evet	15	50,0	10	33,3	1,714	0,190
		Hayır	15	50,0	20	66,7		
	Açıklanamayan İnfertilite	Evet	6	20,0	3	10,0	1,176	0,278
		Hayır	24	80,0	27	90,0		

Tablo 4-2: (Devam) Deney ve Kontrol Grubunun Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine Göre Dağılımları			**Deney Grubu (N=30)**		**Kontrol Grubu (N=30)**		**Test değeri** X^2	**p**
			n	**%**	**n**	**%**		
İnfertilite Sebebi (Kadın)	Anovulasyon	Evet	2	6,7	4	13,3	0,741	0,389
		Hayır	28	93,3	26	86,7		
	Endometriozis	Evet	2	6,7	3	10,0	0,218	0,640
		Hayır	28	93,3	27	90,0		
	Tubal ve Pelvik Faktör	Evet	3	10,0	5	16,7	0,577	0,448
		Hayır	27	90,0	25	83,3		
	Uterin-Servikal Faktör	Evet	3	10,0	6	20,0	1,176	0,278
		Hayır	27	90,0	24	80,0		
	Açıklanamayan İnfertilite	Evet	6	20,0	3	10,0	1,176	0,278
		Hayır	24	80,0	27	90,0		
Kadınların Tedavi Özgeçmişi	IVF/ICSI	Evet	18	60,0	23	76,7	1,826	0,165
		Hayır	12	40,0	7	23,3		
	Laparoskopi	Evet	9	30,0	19	63,3	6,696	0,100
		Hayır	21	70,0	11	36,7		
	Aşılama	Evet	17	56,7	18	60,0	0,069	0,793
		Hayır	13	43,3	12	40,0		
Şu Andaki Tedavi Aşaması		IVF veya IUI için ovulasyon indüksiyonu	22	73,4	24	80,0	0,373	0,542
		Aşılama günü	8	26,7	6	20,0		
İnfertilite Tedavisi Süresi		1 yıldan az	1	3,3	1	3,3	1,610	0,807
		1-2 yıl	7	23,3	9	30,0		
		3-5 yıl	14	46,7	11	36,7		
		6-10 yıl	8	26,7	8	26,7		
		11 yıl ve üstü	0	0,0	1	3,3		
Kadınların Tedavi ile İlgili Süreci Değerlendirme Durumu		Olumlu	21	70,0	15	50,0	2,800	0,247
		Olumsuz	1	3,3	3	10,0		
		Emin değilim	8	26,7	12	40,0		
Erkeklerin Tedavi ile İlgili Süreci Değerlendirme Dumu		Olumlu	17	56,7	16	53,3	1,126	0,507
		Olumsuz	4	13,3	2	6,7		
		Emin değilim	9	30,0	12	40,0		

X^2=Pearson Chi-Square Test, *p<0,05

Çiftlerin jinekolojik öykülerine göre dağılımları Tablo 4-2'de verilmiştir. Katılımcıların grupları ile jinekolojik öyküleri arasında ilişki olup olmadığını test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Ki kare analizine göre katılımcıların grupları ile kadınların tedavi özgeçmişi laparoskopi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Deney grubundaki kadınların %70'inin menstruasyonunun düzenliği olduğu, %50'sinin geçirilmiş üreme sistemi rahatsızlığının olduğu ve %23,3'ünün de gebelikten korunma durumunun olduğu bulgulanmıştır. Aynı gruptaki erkeklerin ise %26,7'sinin geçirilmiş üreme sistemi rahatsızlığının olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki katılımcıların infertilite sebebi ise %43,3'ü kadın faktörlü, %26,7'si erkek faktörlü, %20'si her iki faktörlü ,%10'u da açıklanamayan infertilite olup %56,7'si nin ailesinde ya da eşinin ailesinde infertil durumunun olmadığı saptanmıştır. Kadınların %33,3'ünün infertilite süresi 3-5 yıl ile 6-10 yıl arası, infertil sebebi ise sırasıyla over kisti (%16,7) ve tubal ve pelvik fakördür (%16,7). Erkeklerin ise %46,7'sinin infertil süresi 3-5 yıl arası olup, %56,7'sinin infertil sebebi sperm üretim bozukluklarıdır. Kadınların tedavi özgeçmişi incelendiğinde %76,7 si IVF, %60,0'ı aşılama olmuştur. Şu anki tedavi aşamasında ise %80'0'ı IVF veya IUI için ovulasyon indüksiyonu sürecinde olup, %50'si tedavi ile ilgili süreci olumlu değerlendirmektedir (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Öykülerine Göre Dağılımları

		Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		Test Değeri	
		n	%	n	%	X^2	p
Kadınların Cinsellikle İlgili Konularda Herhangi Bir Bilgi Alma Durumu	Evet	4	13,3	9	30,0	2,455	0,117
	Hayır	26	86,7	21	70,0		
Erkeklerin Cinsellikle İlgili Konularda Herhangi Bir Bilgi Alma Durumu	Evet	19	63,3	17	56,7	0,278	0,598
	Hayır	11	36,7	13	43,3		
Evlenmeden Önce Eşinizle Cinsel Yönden Yakınlaşma Durumu	Evet	8	26,7	9	30,0	0,082	0,774
	Hayır	22	73,3	21	70,0		
Kadınlara Göre İnfertil Olduğunuzu Öğrenmeden Önce Cinsel Problem Varlığı	Evet	23	76,7	21	70,0	0,341	0,559
	Hayır	7	23,3	9	30,0		
Erkeklere Göre İnfertil Olduğunuzu Öğrenmeden Önce Cinsel Problem Varlığı	Evet	22	73,3	25	83,3	0,476	0,548
	Hayır	8	26,7	5	16,7		
İnfertil Olduğunuzu Öğrendikten Sonra Cinsel Problem Varlığı	Evet	27	90,0	25	83,3	0,577	0,448
	Hayır	3	10,0	5	16,7		
Kadınlara Göre Cinsel Sorununuz Var İse; Eşinizle Aranızdaki Durum	Eşim soğuk davranıyor	8	26,6	4	13,3	3,149	0,369
	Eşim anlayışlı davranıyor	17	56,7	16	53,3		
	Ben soğuk davranıyorum	3	10,0	5	16,7		
	Cinsel sorunum yok	2	6,7	5	16,7		
Erkeklere Göre Cinsel Sorununuz Var İse; Eşinizle Aranızdaki Durum	Eşim soğuk davranıyor	2	6,7	5	16,7	5,634	0,131
	Eşim anlayışlı davranıyor	16	53,3	15	50,0		
	Ben soğuk davranıyorum	12	40,0	7	23,3		
	Cinsel sorunum yok	0	0,0	3	10,0		
Kadınlara Göre Cinsel Hayatınız/Yaşantınız Durumu	İyi	1	3,3	7	23,3	**5,192**	**0,023***
	Orta	29	96,7	23	76,7		
Erkeklere Göre Cinsel Hayatınız/Yaşantınız Durumu	İyi	2	67	5	16,7	1,456	0,228
	Orta	28	93,3	25	83,3		

Tablo 4-3: (Devam) Deney ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Öykülerine Göre Dağılımları		**Deney Grubu (N=30)**		**Kontrol Grubu (N=30)**		**Test Değeri**	
		n	**%**	**n**	**%**	X^2	**p**
İlişkiye Girme Sıklığı	2 günde 1 kez	1	3,3	3	10,0	2,238	0,327
	Haftada 1-2 kez	20	66,7	22	73,3		
	Haftada 1 veya daha az	9	30,0	5	16,7		
Kadınlara Göre Cinsel İlişkiyi Başlatan	Eşim	16	53,3	17	56,7	0,371	0,831
	Ben	5	16,7	6	20,0		
	Her ikimiz	9	30,0	7	23,3		
Ön Sevişme Durumu	Evet	25	83,3	27	90,0	0,577	0,448
	Hayır	5	16,7	3	10,0		
Kadınların Eşleri ile İlişkinizden/Evliliğinizden Memnuniyet Durumu	Evet	29	96,7	30	100,0	1,017	0,313
	Hayır	1	3,3	0	0,0		
Erkeklerin Eşleri ile İlişkinizden/Evliliğinizden Memnuniyet Durumu	Evet	29	96,7	29	96,7	0,000	1,000
	Hayır	1	3,3	1	3,3		
Toplam		**30**	**100,0**	**30**	**100,0**		

X^2=Pearson Chi-Square Test, *p<0,05

Çiftlerin cinsel yaşam öykülerine göre dağılımları Tablo 4-3'de verilmiştir. Katılımcıların grupları ile cinsel yaşam öyküleri arasında ilişki olup olmadığını test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Ki kare analizine göre katılımcıların grupları ile kadınların cinsel hayatlarının/yaşantılarının durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05).

Deney grubundaki kadınların %13,3'ü, kontrol grubundaki kadınların ise %30,0'ı cinsellikle ilgili herhangi bir bilgi aldığını belirtirken, deney grubundaki kadınların %76,7'si, kontrol grubundaki kadınların %70,0'ı infertil tanısı konulmadan cinsel sorunlarının olduğunu belirtmektedir. Cinsel soruna karşılık deney grubundaki kadınların %56,7'si, kontrol grubundaki kadınların ise %53,3'ü eşinin anlayışlı davrandığını belirtmektedir. Deney grubundaki kadınların %96,7'si, kontrol grubundaki kadınların %90,0'ının eşleri ile ilişkilerinden/evliliklerinden memnun oldukları saptanmıştır (Tablo 4-3).

Deney grubundaki erkeklerin %63,3'ü, kontrol grubundaki erkeklerin %56,7'si cinsellikle ilgili herhangi bir bilgi aldığını belirtiken, deney grubundaki erkeklerin

%76,7'si, kontrol grubundaki erkeklerin infertil tanısı konulmadan cinsel problemlerinin olduğunu belirtmektedir. Cinsel soruna karşılık deney grubunda ki erkeklerin %53,3'ü, kontrol grubundaki erkeklerin ise %50'si eşinin anlayışlı davrandığını belirtmektedir (Tablo 4-3).

4.2. Kadınların İlk Değerlendirme Ve Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Beck Depresyon Ölçeği, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği"nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-4: Kadınların Gruplarına Göre Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

			n	$\overline{X}$	SS	t	p
İstek	Öncesi	Deney	30	2,38	0,79	-1,077	0,286
		Kontrol	30	2,58	0,63		
	Sonrası	Deney	30	4,20	0,49	10,410	**0,000***
		Kontrol	30	2,78	0,55		
Uyarılma	Öncesi	Deney	30	2,06	0,78	-0,491	0,625
		Kontrol	30	2,16	0,78		
	Sonrası	Deney	30	4,35	0,53	13,470	**0,000***
		Kontrol	30	2,46	0,54		
Lubrikasyon	Öncesi	Deney	30	2,09	0,82	-0,642	0,524
		Kontrol	30	2,24	0,98		
	Sonrası	Deney	30	4,31	0,57	10,316	**0,000***
		Kontrol	30	2,41	0,83		
Orgazm	Öncesi	Deney	30	2,12	0,80	-0,552	0,583
		Kontrol	30	2,25	1,04		
	Sonrası	Deney	30	4,24	0,54	10,394	**0,000***
		Kontrol	30	2,45	0,77		
Memnuniyet-Doyum	Öncesi	Deney	30	2,16	0,98	0,415	0,680
		Kontrol	30	1,83	1,01		
	Sonrası	Deney	30	4,12	0,49	12,047	**0,000***
		Kontrol	30	2,02	0,81		
Ağrı	Öncesi	Deney	30	2,29	1,11	-0,435	0,665
		Kontrol	30	2,42	1,25		
	Sonrası	Deney	30	4,57	0,70	8,592	**0,000***
		Kontrol	30	2,56	1,06		
Toplam	Öncesi	Deney	30	17,34	3,64	3,287	**0,002**
		Kontrol	30	13,82	4,60		
	Sonrası	Deney	30	25,79	2,66	12,327	**0,000***
		Kontrol	30	14,69	4,15		

*p<0.05; t= Independent Samples t test

Kadınların gruplarına göre ilk ve son değerlendirmede uygulanan KCFİ ölçümleri Tablo 4-5'de karşılaştırılmıştır. Gruplara göre uygulama sonrası cinsel fonksiyon indeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Cinsel danışmanlık alan deney grubunun cinsel fonksiyon indeks puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir. Deney grubu kadınların ön-ilk değerlendirme ve son değerlendirmede İstek, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm, Memnuniyet ve Ağrı puanlarındaki değişimin ve toplam ölçek puanının, kontrol grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,000; p<0,05) (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Kadınların Grupları İçerisinde Kadın Cinsel Fonksiyon İndeks Öncesi Ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

			n	$\bar{X}$	SS	t	p
İstek	Deney	Öncesi	30	2,38	0,79	-14,333	**0,000***
		Sonrası	30	4,20	0,49		
	Kontrol	Öncesi	30	2,58	0,63	-1,720	0,096
		Sonrası	30	2,78	0,55		
Uyarılma	Deney	Öncesi	30	2,06	0,78	-17,893	**0,000***
		Sonrası	30	4,35	0,53		
	Kontrol	Öncesi	30	2,16	0,78	-2,693	**0,012***
		Sonrası	30	2,46	0,54		
Lubrikasyon	Deney	Öncesi	30	2,09	0,82	-15,543	**0,000***
		Sonrası	30	4,31	0,57		
	Kontrol	Öncesi	30	2,24	0,98	-1,598	0,121
		Sonrası	30	2,41	0,83		
Orgazm	Deney	Öncesi	30	2,12	0,80	-17,897	**0,000***
		Sonrası	30	4,24	0,54		
	Kontrol	Öncesi	30	2,25	1,04	-1,654	0,109
		Sonrası	30	2,45	0,77		
Memnuniyet-Doyum	Deney	Öncesi	30	2,16	0,98	-12,785	**0,000***
		Sonrası	30	4,12	0,49		
	Kontrol	Öncesi	30	1,83	1,01	-1,390	0,201
		Sonrası	30	2,02	0,81		
Ağrı	Deney	Öncesi	30	2,29	1,11	-14,729	**0,000***
		Sonrası	30	4,57	0,70		
	Kontrol	Öncesi	30	2,42	1,25	-1,284	0,209
		Sonrası	30	2,56	1,06		
Toplam	Deney	Öncesi	30	17,34	3,64	-18,994	**0,000***
		Sonrası	30	25,79	2,66		
	Kontrol	Öncesi	30	13,82	4,60	-2,313	**0,028***
		Sonrası	30	14,69	4,15		

*p<0.05; t= Paired sample t-test

Deney ve kontrol grupları içerisinde ilk ve son değerlendirmede uygulanan KCFİ ölçümleri Tablo 4-5'de karşılaştırılmıştır.

KCFİ ölçeğinin istek alt boyut puan ortalamalarının son değerlendirmede artması deney grubundaki kadınlarda anlamlı bulunurken (p=0,000; p<0,05), kontrol grubundaki

kadınlarda artmasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,096; p>0,05) (Tablo 4-5).

KCFİ ölçeğinin Uyarılma alt boyut puan ortalamalarının son değerlendirmede artması, hem deney grubundaki kadınlarda (p=0,000; p<0,05) hem de kontrol grubundaki kadınlarda istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,012 ; p<0,05) (Tablo 4-5).

KCFİ ölçeği Lubrikasyon alt boyut puan ortalamalarının son değerlendirmede artması, deney grubundaki kadınlarda anlamlı bulunurken (p=0,000; p<0,05), kontrol grubu kadınlardaki artışın anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,121; p>0,05) (Tablo 4-5).

KCFİ ölçeği Orgazm alt boyut puan ortalamalarının son değerlendirmede artması deney grubundaki kadınlarda anlamlı bulunurken (p=0,000; p<0,05), kontrol grubu kadınların puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0,109; p>0,05). (Tablo 4-5).

KCFİ ölçeği Memnuniyet alt boyut puan ortalamalarının son değerlendirmede artması, deney grubundaki kadınlarda anlamlı bulunurken (p=0,000; p<0,05), kontrol grubu kadınların puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı gözlenmiştir (p=0,201; p>0,05). (Tablo 4-5).

KCFİ ölçeği Ağrı alt boyut puan ortalamalarının son değerlendirmede artması deney grubundaki kadınlarda anlamlı bulunurken (p=0,000;p<0,05); kontrol grubu kadınların puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı görülmektedir (p=0,209; p>0,05). (Tablo 4-5).

KCFİ toplam puan ortalamalarındaki artışın hem deney grubundaki kadınlarda (p=0,000; p<0,05) hem de kontrol grubunundaki kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,028; p<0,05) (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Kadınların Grupları İle Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinin Cut Off (Kesme Değeri) Puanları Arasındaki İlişki

	Deney		**Kontrol**		**Toplam**	
KCFİ (Son Değerlendirme) Puanı Cut Off	**n**	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p**
Cinsel işlev yetersiz (26.55'in altı)	19	63,3	30	100,0	13,469	**0,000***
Cinsel işlev yeterli (26.55 ve üstü)	11	36,7	0	0		

X^2=Pearson Chi-Square Test *p<0.05

Deney ve kontrol grupları içerisinde son değerlendirmede uygulanan KCFİ ölçümleri Tablo 4-6'da karşılaştırılmıştır. KCFİ kesme değerine göre son değerlendirmede deney grubundaki kadınların %36,7'sinin cinsel işlevde yeterli (26,55 ve altı), kontrol grubundaki kadınların ise %100'ün de cinsel işlevin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Gruplara göre son değerlendirmede KCFİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Son değerlendirmede deney grubunda cinsel işlev bozukluğu oranı azalırken, kontrol grubunda ise cinsel işlev bozukluğu oranı artmıştır (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Kadınların Grupları İle İlk Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinin Puanları Arasındaki İlişki

		Deney		Kontrol		Toplam	
		n	%	n	%	X^2	p
Cinsel İşlev Düzeyi	**Düşük (23 puanın altı)**	27	90,0	29	96,7	1,071	0,301
	Orta (23-29pn)	3	10,0	1	3,3		

X^2=Pearson Chi-Square Test *p<0.05

KCFİ'ye göre ilk değerlendirmede deney grubundaki kadınların %90,0'ında, kontrol grubundaki kadınların ise %96,7'sinde cinsel işlev düzeyinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Gruplara göre ilk değerlendirmede KCFİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05) (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Kadınların Grupları İle Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinin Puanları Arasındaki İlişki

		Deney		Kontrol			
		n	%	n	%	X^2	p
Cinsel işlev düzeyi	**Düşük (23 puanın altı)**	4	13,3	30	100,0	45,882	**0,000**
	Orta (23-29pn)	26	86,3	0	0.0		

X^2=Pearson Chi-Square Test *p<0.05

KCFİ'ye göre son değerlendirmede deney grubundaki kadınların %86,3'ünde cinsel işlev düzeyinin orta düzeyde olduğu, kontrol grubundaki kadınların ise %100'ünün cinsel işlev düzeyinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Gruplara göre ilk değerlendirmede KCFİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05) (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Araştırmaya Katılan Kadın Katlımcıların Gruplarına Göre Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) ve Alt Boyutlarının Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

	YCDÖ		n	$\bar{X}$	SS	t	p
Öncesi	Ben Merkezli	Deney	30	21,93	4,81	-1,546	0,127
		Kontrol	30	24,13	6,12		
	Eş-Partner Merkezli	Deney	30	22,40	5,32	-1,199	0,236
		Kontrol	30	23,86	4,07		
	YCDÖ Toplam Puan	Deney	30	44,33	9,14	-1,583	0,119
		Kontrol	30	48,00	8,78		
Sonrası	Ben Merkezli	Deney	30	39,26	4,11	12,667	**0,000***
		Kontrol	30	23,43	5,46		
	Eş-Partner Merkezli	Deney	30	39,73	3,17	14,404	**0,000***
		Kontrol	30	24,33	4,92		
	YCDÖ Toplam Puan	Deney	30	79,00	6,62	14,772	**0,000***
		Kontrol	30	47,76	9,50		

*p<0.05; t= Independent Samples t test

Deney ve kontrol gruplarına göre ilk ve son değerlendirmede uygulanan YCDÖ ölçümleri Tablo 4-9'da karşılaştırılmıştır.Deney grubu kadınların ön-ilk değerlendirmeye kıyasla son değerlendirmede ben merkezli, eş-partner merkezli ve toplam ölçek puanlarındaki değişimin, kontrol grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,000; p<0,05).

Tablo 4-10: Araştırmaya Katılan Kadın Katılımcıların Grupları İçerisinde Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) ve Alt Boyutlarının Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

YCDÖ			n	$\bar{X}$	SS	t	p
Deney	Ben Merkezli	Öncesi	30	21,93	4,81	-19,342	**0,000***
		Sonrası	30	39,26	4,11		
	Eş-Partner Merkezli	Öncesi	30	22,40	5,32	-16,243	**0,000***
		Sonrası	30	39,73	3,17		
	YCDÖ Toplam Puan	Öncesi	30	44,33	9,14	-19,018	**0,000***
		Sonrası	30	79,00	6,62		
Kontrol	Ben Merkezli	Öncesi	30	24,13	6,12	0,909	0,.371
		Sonrası	30	23,43	5,46		
	Eş-Partner Merkezli	Öncesi	30	23,86	4,07	-0,633	0,532
		Sonrası	30	24,33	4,92		
	YCDÖ Toplam Puan	Öncesi	30	48,00	8,78	0,178	0,860
		Sonrası	30	47,76	9,50		

*p<0.05; t= Paired sample t-test

Deney ve kontrol grupları içerisinde ilk ve son değerlendirmede uygulanan YCDÖ ölçümleri Tablo 4-10'da karşılaştırılmıştır. Deney grubunun YCDÖ ve alt boyutlarının öncesi ve sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Deney grubunda cinsel danışmanlık sonrası YCDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının danışmanlık öncesi puan ortalamalarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Kadınların Gruplarına Göre İnfertilite Stresi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

İSÖ			**n**	$\bar{X}$	**SS**	**t**	**p**
Kişisel Alanda Stres	Öncesi	Deney	30	9,26	4,69	0,912	0,365
		Kontrol	30	10,30	4,05		
	Sonrası	Deney	30	5,40	3,21	-4,398	**0,000***
		Kontrol	30	9,63	4,18		
Evlilik Alanında Stres	Öncesi	Deney	30	5,23	2,59	-1,010	0,317
		Kontrol	30	5,96	2,91		
	Sonrası	Deney	30	2,48	1,88	-5,042	**0,000***
		Kontrol	30	5,70	2,98		
Sosyal Alanda Stres	Öncesi	Deney	30	2,72	3,22	-0,217	0,829
		Kontrol	30	2,90	2,99		
	Sonrası	Deney	30	1,40	1,67	-2,795	**0,007***
		Kontrol	30	3,13	2,95		
Toplam	Öncesi	Deney	30	17,58	9,02	-0,703	0,485
		Kontrol	30	19,16	8,24		
	Sonrası	Deney	30	9,26	5,66	-4,848	**0,000***
		Kontrol	30	18,46	8,71		

*p<0.05; t= Independent Samples t test

Deney ve kontrol gruplarına göre ilk ve son değerlendirmede uygulanan İSÖ ölçümleri Tablo 4-11'de karşılaştırılmıştır. Deney grubu kadınların ön-ilk değerlendirmeye kıyasla son değerlendirmede kişisel, evlilik ve sosyal alanlardaki stres puanları ve toplam ölçek puanlarındaki değişimin, kontrol grubundan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Deney grubunun infertilite stresi ölçeğinin ve boyutlarının puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha az olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Tablo 4-12: Kadınların Grupları İçerisinde İnfertilite Stresi Ölçeğinin (İSÖ) Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması (N=60)

İSÖ			n	$\bar{X}$	SS	t	p
Kişisel Alanda Stres	Deney	Öncesi	30	9,26	4,69	6,526	**0,000**
		Sonrası	30	5,40	3,21		
	Kontrol	Öncesi	30	10,30	4,05	2,246	**0,033***
		Sonrası	30	9,63	4,18		
Evlilik Alanında Stres	Deney	Öncesi	30	5,24	2,74	7,137	**0,000***
		Sonrası	30	2,48	1,88		
	Kontrol	Öncesi	30	5,96	2,91	0,618	0,541
		Sonrası	30	5,70	2,98		
Sosyal Alanda Stres	Deney	Öncesi	30	2,72	3,22	2,598	**0,015***
		Sonrası	30	1,44	1,68		
	Kontrol	Öncesi	30	2,90	2,98	-1,229	0,229
		Sonrası	30	3,13	2,95		
Toplam	Deney	Öncesi	30	17,58	9,02	6,828	**0,000***
		Sonrası	30	9,26	5,66		
	Kontrol	Öncesi	30	19,16	8,24	1,180	0,248
		Sonrası	30	18,46	8,71		

*p<0.05; t= Paired sample t-test

Deney ve kontrol grupları içerisinde ilk ve son değerlendirmede uygulanan İSÖ ölçümleri Tablo 4-12'de karşılaştırılmıştır.

İSÖ ölçeğinin kişisel alandaki stres alt boyut puan ortalamalarının son değerlendirmede azalması, hem deney grubundaki kadınlarda (p=0,000; p<0,05) hem de kontrol grubundaki kadınlarda istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,033; p<0,05).

İSÖ ölçeğinin evlilik alanında stres alt boyut puan ortalamasının azalması son değerlendirmede deney grubundaki kadınlarda anlamlı bulunurken (p=0,000; p<0,05); kontrol grubundaki kadınların evlilik alanında stres puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,541; p>0,05).

İSÖ ölçeğinin sosyal alandaki stres alt boyut puan ortalamasının azalması son değerlendirmede deney grubundaki kadınlarda anlamlı bulunurken (p=0,015; p<0,05), kontrol grubundaki kadınların sosyal alanda stres puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0,229; p>0,05).

İSÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında, deney grubundaki kadınların son değerlendirmede ölçek toplam puan ortalamalarındaki azalma anlamlı bulunurken

(p=0,000; p<0,05), kontrol grubundaki kadınların son değerlendirmede ölçek toplam puan ortalamalarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,248; p<0,05).

4.3. Erkeklerin İlk Değerlendirme Ve Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği"nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-13: **Araştırmaya Katılan Erkek Katılımcıların Gruplarına Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin (ACYÖ) Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması**

ACYÖ		n	$\bar{X}$	SS	t	p
Öncesi	Deney	30	16,16	2,43	1,847	0,070
	Kontrol	30	14,96	2,59		
Sonrası	Deney	30	10,33	2,41	-5,764	**0,000***
	Kontrol	30	13,83	2,29		

*p<0.05; t= Independent Samples t test

Deney ve kontrol grupları içerisinde ilk ve son değerlendirmede uygulanan ACYÖ ölçümleri Tablo 4-13'de karşılaştırılmıştır Deney grubu erkeklerin ön-ilk değerlendirme ve son değerlendirmede toplam ölçek puanlarındaki değişimin, kontrol grubundan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p=0.000; p<0,05). Her iki grubunda cinsel yaşantı düzeylerinde bir düzelme gözlenirken, cinsel danışmanlık verilen deney grubunun ACYÖ puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4-13).

Tablo 4-14: Araştırmaya Katılan Erkek Katılımcıların Grupları İçerisinde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin (ACYÖ) Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

ACYÖ		n	$\bar{X}$	SS	t	p
Deney	Öncesi	30	16,16	2,43	11,925	**0,000***
	Sonrası	30	10,33	2,41		
Kontrol	Öncesi	30	14,96	2,59	3,195	**0,003***
	Sonrası	30	13,83	2,29		

*p<0.05; t= Paired sample t-test

ACYÖ ölçeği toplam ortalama puanlar incelendiğinde; deney grubundaki erkeklerde ön-ilk değerlendirme ve son değerlendirmede ACYÖ puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p=0,000; p<0,05); kontrol grubu erkeklerin de ön ilk değerlendirme ve son değerlendirmede ACYÖ puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003 ; p<0,05) (Tablo 4-14).

Tablo 4-15: Deney Grubu Erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu Dağılımı

ÖNCESİ	**Ne kadar isteklisiniz?**	**Çok İstekli**		**Biraz İstekli**		**Biraz İsteksiz**		**Çok İsteksiz**		**Tamamen İsteksiz**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		2	6,7	16	33,3	9	**50,0**	2	6,7	1	3,3
	Ne kadar kolay uyarılırsınız?	**Oldukça Kolay**		**Çok Kolay**		**Biraz Kolay**		**Biraz Zor**		**Oldukça Zor**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		0	0,0	5	16,7	18	**60,0**	6	20,0	11	3,3
	Cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?	0	0,0	7	23,3	6	20,0	17	**56,7**	0	0,0
	Ne kadar kolay boşalırsınız ?	11	**46,7**	2	6,6	9	30,0	8	16,7	0	0,0
	Boşalmanız tatmin edici midir ?	**Oldukça Tatmin Edici**		**Çok Tatmin Edici**		**Biraz Tatmin Edici**		**Pek Tatmin Etmiyor**		**Çok Tatmin Etmiyor**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		0	0,0	0	0,0	8	26,7	21	**70,0**	1	3,3
SONRASI	**Ne kadar isteklisiniz ?**	**Çok İstekli**		**Biraz İstekli**		**Biraz İsteksiz**		**Çok İsteksiz**		**Tamamen İsteksiz**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		27	80,0	2	6,7	1	3,3	0	0.0	0	0,0
	Ne kadar kolay uyarılırsınız?	**Oldukça Kolay**		**Çok Kolay**		**Biraz Kolay**		**Biraz Zor**		**Oldukça Zor**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		2	6,7	25	**83,3**	2	6,7	1	3,3	0	0,0
	Cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?	2	6,7	22	**73,3**	5	16,7	1	3,3	0	0,0
	Ne kadar kolay boşalırsınız ?	1	19,3	28	**42,8**	1	27,3	0	10,6	0	0,0
	Boşalmanız tatmin edici midir ?	**Oldukça Tatmin Edici**		**Çok Tatmin Edici**		**Biraz Tatmin Edici**		**Pek Tatmin Etmiyor**		**Çok Tatmin Etmiyor**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		4	13,3	20	**66,7**	5	16,7	1	3,3	0	0,0

Deney grubu erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) erkek formu dağılımı Tablo 4-17'de verilmiştir.Deney grubundaki erkeklerin cinsel danışmanlık öncesi %50'si biraz isteksiz %60'ı biraz kolay uyarılan, %56,7'si cinsel organ sertliğini biraz kolay sürdürerek, %46,7'si oldukça kolay boşaldığını, %70,0'ı da boşalmasında pek tatmin olmadığı görülmektedir. Cinsel danışmanlık sonrası ise erkeklerin %80,0'çok istekli olup, %83,3'ü kolay uyarılmakta, %73,3'ü çok kolayca sertleşen ve sertliğini

sürdürmekte, %93,3'ü çok kolay boşalmakta ve %66,7'si boşalmasında çok tatmin olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4-15).

Tablo 4-16: Kontrol Grubu Katılımcılarının Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Erkek Formu Dağılımı

ÖNCESİ	**Ne kadar isteklisiniz?**	**Çok İstekli**		**Biraz İstekli**		**Biraz İsteksiz**		**Çok İsteksiz**		**Tamamen İsteksiz**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		2	6.7	18	**60.0**	9	30.0	1	3.3	0	0.0
	Ne kadar kolay uyarılırsınız?	**Oldukça Kolay**		**Çok Kolay**		**Biraz Kolay**		**Biraz Zor**		**Oldukça Zor**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		0	0.0	5	16.7	20	**66.7**	5	16.7	0	0.0
	Cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?	0	0.0	12	30.0	9	**40.0**	9	30.0	0	0.0
	Ne kadar kolay boşalırsınız?	9	**30.0**	6	20.0	8	26.7	7	23.3	0	0.0
	Boşalmanız tatmin edici midir ?	**Oldukça Tatmin Edici**		**Çok Tatmin Edici**		**Biraz Tatmin Edici**		**Pek Tatmin Etmiyor**		**Çok Tatmin Etmiyor**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		1	3.3	4	13.3	11	36.7	12	**40.0**	2	6.7
SONRASI	**Ne kadar isteklisiniz?**	**Çok İstekli**		**Biraz İstekli**		**Biraz İsteksiz**		**Çok İsteksiz**		**Tamamen İsteksiz**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		6	20.0	23	**76.7**	1	3.3	0	0.0	0	0.0
	Ne kadar kolay uyarılırsınız ?	**Oldukça Kolay**		**Çok Kolay**		**Biraz Kolay**		**Biraz Zor**		**Oldukça Zor**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		1	3.3	9	30.0	19	**63.3**	1	3.3	0	0.0
	Cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?	1	3.3	9	30.0	18	**60.0**	2	6.7	0	0.0
	Ne kadar kolay boşalırsınız?	2	6.7	11	36.7	15	**50.0**	2	6.7	0	0.0
	Boşalmanız tatmin edici midir ?	**Oldukça Tatmin Edici**		**Çok Tatmin Edici**		**Biraz Tatmin Edici**		**Pek Tatmin Etmiyor**		**Çok Tatmin Etmiyor**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
		1	3.3	4	13.3	17	**56.7**	8	26.7	0	0.0

Kontrol grubu erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) erkek formu dağılımı Tablo 4-18'de verilmiştir. Kontrol grubundaki erkeklerin ilk değerlendirmde %60'si biraz istekli olduğunu, %66,7'si biraz kolay uyarıldığını, %40,0'ı cinsel organ

sertliğini biraz kolay sürdürdüğünü, %30,0'ı oldukça kolay boşaldığını ve %40,0'ı da boşalmasında pek tatmin olmadığını belirtmiştir. Son değerlendirmede ise erkeklerin %76,7'si biraz istekli, %63,3'ü biraz kolay uyarılmakta, %60,0'ı cinsel organ sertliğini biraz kolay sürdürdüğünü, %50,0'I biraz kolay boşaldığını ve %56,7'si boşalmasında pek tatmin olmadığını belirtmiştir (Tablo 4-16)

Tablo 4-17: Erkeklerin Grupları İle İlk Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin Puanları Arasındaki İlişki

		Deney		Kontrol		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
ACYÖ	Hafif (8-12 pn)	1	3.3	8	26.7	9	15.0
	Orta (13-20 pn)	28	93.4	22	73.3	50	83.3
	Yüksek(21-30 pn)	1	3.3	0	0.0	1	1.7
	Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0
						X^2=7.164, p=0.028*	

*p<0.05; X^2=Ki-kare

ACYÖ'göre ilk değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin %93,4'ün de, kontrol grubundaki erkeklerin ise %83,3'ün de orta düzeyde cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiştir. Gruplara göre ilk değerlendirmede ACYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını göstermektedir (Tablo 4-17).

Tablo 4-18: Erkeklerin Grupları ile Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin Puanları Arasındaki İlişki

		Deney		Kontrol		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
ACYÖ	Hafif (8-12 pn)	1	13.3	1	3.3	2	3.3
	Orta (13-20 pn)	27	80.0	5	16.7	32	53.3
	Yüksek(21-30 pn)	2	6.7	24	80.0	26	43.3
	Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0
						X^2=33.740, p=0.000*	

*p<0.05; X^2=Ki-kare

ACYÖ'göre son değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin %80'in de orta düzey, kontrol grubundaki erkeklerin ise %80,'in de yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu (cib) tespit edilmiştir. Gruplara göre son değerlendirmede ACYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Son

değerlendirmede deney grubunda cib düzeyi oranı azalırken, kontrol grubunda ise cib düzey oranı artmıştır (Tablo 4-18).

Tablo 4-19: Erkeklerin Grupları İle Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin Cut Off Puanları Arasındaki İlişki

	Deney		Kontrol		Toplam	
ACYÖ CUT OFF	**n**	**%**	**n**	**%**	**X ²**	**p**
Cinsel işlev yeterli (11<)	21	70,0	2	6,7	25,452	**0,000**
Cinsel işlev yetersiz (≥11 ve üstü)	9	30,0	28,0	93,3		

*p<0.05; X^2=Ki-kare

ACYÖ Cut off değerine göre son değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin %70'in de cinsel işlev yeterli (11<), kontrol grubundaki erkeklerin ise %6,7'sin de cinsel işlevin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Gruplara göre son değerlendirmede ACYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Son değerlendirmede deney grubunda cib düzeyi oranı azalırken, kontrol grubunda ise cib düzey oranı artmıştır (Tablo 4-19).

Tablo 4-20: Erkeklerin Gruplarına Göre ilk ve Son Değerlendirmede Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	YCDÖ		**n**	$\bar{X}$	**SS**	**t**	**p**
Öncesi	Ben Merkezli	Deney	30	23,96	5,10	-1,652	0,104
		Kontrol	30	26,33	5,95		
	Eş-Partner Merkezli	Deney	30	21,83	5,45	0,322	0,748
		Kontrol	30	21.46	3,01		
	Cinsel Doyum Ölçeği	Deney	30	45,80	9,04	-0,920	0,361
		Kontrol	30	47.80	7,73		
Sonrası	Ben Merkezli	Deney	30	39,40	4,31	9,180	**0,000***
		Kontrol	30	26,66	6,25		
	Eş-Partner Merkezli	Deney	30	38,50	3,79	14,796	**0,000***
		Kontrol	30	22,33	4,13		
	Cinsel Doyum Ölçeği	Deney	30	77,70	7,58	12,721	**0,000***
		Kontrol	30	50,00	9,31		

p<0.05; t= Independent Samples t test

Gruplara göre ilk değerlendirmede cinsel doyum öçleği ve alt boyutlarının arasında istatiksel olarak anlamlı bulunmazken (p>0,05), son değerlendirmede cinsel doyum ölçeği ve alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

olduğu görülmektedir (p<0,05). Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel doyumun iyi olduğunu göstermektedir. Deney grubu erkeklerin ön-ilk değerlendirmeye kıyasla son değerlendirmede ben merkezli, eş-partner merkezli ve toplam ölçek puanlarındaki değişimin, kontrol grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,000; p<0,05) Son değerlendirmede cinsel danışmanlık verilen deney grubunun cinsel doyum ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-20).

Tablo 4-21: Erkek Katılımcıların Grupları İçerisinde Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

YCDÖ			n	$\bar{X}$	SS	t	p
Deney	Ben Merkezli	Öncesi	30	23,96	5,10	-13,934	**0,000***
		Sonrası	30	39,40	4,31		
	Eş-Partner Merkezli	Öncesi	30	21,83	5,45	-18,787	**0,000***
		Sonrası	30	38,50	3,79		
	Yeni Cinsel Doyum Ölçeği	Öncesi	30	45,80	9,04	-17,783	**0,000***
		Sonrası	30	77,90	7,58		
Kontrol	Ben Merkezli	Öncesi	30	26,33	5,95	-0,476	0,638
		Sonrası	30	26,66	6,25		
	Eş-Partner Merkezli	Öncesi	30	21,46	3,01	-1,741	0,104
		Sonrası	30	23,33	4,13		
	Yeni Cinsel Doyum Ölçeği	Öncesi	30	47,80	7,73	-1,888	0,069
		Sonrası	30	50,00	9,31		

p<0.05; t= Paired sample t-test

Deney grubunun YCDÖ ve alt boyutlarının öncesi ve sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Deney grubunda cinsel danışmanlık sonrası YCDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının danışmanlık öncesi puan ortalamalarından daha fazla olduğu görülmektedir. Son değerlendirmede her iki grupta da cinsel doyum ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının uygulama sonrası puan ortalamalarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Tablo 4-22: **Erkek Katılımcıların Gruplarına Göre Öncesi ve Sonrası İnfertilite Stresi Ölçeğinin Karşılaştırılması**

			n	$\bar{X}$	SS	t	p
Kişisel Alanda Stres	Öncesi	Deney	30	7,30	3,60	-0,240	0,811
		Kontrol	30	7,53	3,92		
	Sonrası	Deney	30	3,33	2,83	-5,120	**0.000***
		Kontrol	30	7,73	3,75		
Evlilik Alanında Stres	Öncesi	Deney	30	4,73	2,51	-1,246	0.218
		Kontrol	30	5,60	2,85		
	Sonrası	Deney	30	2,23	1,50	-5.846	**0.000***
		Kontrol	30	5,60	2,77		
Sosyal Alanda Stres	Öncesi	Deney	30	6,06	2,27	-0,714	0,478
		Kontrol	30	5,33	2,06		
	Sonrası	Deney	30	5,33	1,60	-2.185	**0.033***
		Kontrol	30	6,46	2,34		
Toplam	Öncesi	Deney	30	18,10	6,43	-0,829	0,411
		Kontrol	30	19,60	7,53		
	Sonrası	Deney	30	10,90	4,51	-5,361	**0.000***
		Kontrol	30	19,80	7,89		

*p<0.05; t= Independent Samples t test

Deney ve kontrol gruplarına göre ilk ve son değerlendirmede uygulanan İSÖ ölçümleri Tablo 4-22'de karşılaştırılmıştır. Deney grubu erkeklerin infertilite stres ölçeğinin ve alt boyutlarının puan ortalamasının kontrol grubu erkeklere göre daha düşük olduğu görülmektedir (p<0,05).

Tablo 4-23: Erkek Katılımcıların Grupları İçerisinde Uygulama Öncesi ve Sonrası İnfertilite Stresi Ölçeğinin Karşılaştırılması

			n	$\bar{X}$	SS	t	p
Kişisel Alanda Stres	Deney	Öncesi	30	7,30	3,60	7,537	**0,000***
		Sonrası	30	3,33	2,83		
	Kontrol	Öncesi	30	7,53	3,92	-0,380	0,707
		Sonrası	30	7,73	3,75		
Evlilik Alanında Stres	Deney	Öncesi	30	4,73	2.51	5,913	**0.000***
		Sonrası	30	2,23	1.50		
	Kontrol	Öncesi	30	5,60	2.85	0,0000	1,000
		Sonrası	30	5,60	2.77		
Sosyal Alanda Stres	Deney	Öncesi	30	6,06	2,27	2.588	**0,015***
		Sonrası	30	5,33	1,60		
	Kontrol	Öncesi	30	6,46	2,06	0,000	1,000
		Sonrası	30	6,46	2,34		
Toplam	Deney	Öncesi	30	18,10	6,43	-8,163	**0,000***
		Sonrası	30	10,90	4,51		
	Kontrol	Öncesi	30	19,60	7,53	-0,208	0,837
		Sonrası	30	19,80	7,89		

*p<0.05; t= Paired sample t-test

Gruplar içerisinde ilk ve son değerlendirmede uygulanan İSÖ ölçümleri Tablo 4-23'de karşılaştırılmıştır. İSÖ ölçeğinin kişisel alanda stres alt boyut puan ortalamalarının son değerlendirmede azalması, hem deney grubundaki erkeklerde ($p=0,000$; $p<0,05$) hem de kontrol grubundaki erkeklerde istatiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,707$; $p<0,05$). İSÖ ölçeğinin evlilik alanında stres alt boyut puan ortalamasının azalması son değerlendirmede deney grubundaki erkeklerde anlamlı bulunurken ($p=0,000$; $p<0,05$); kontrol grubundaki erkeklerin evlilik alanda stres puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=1,000$; $p>0,05$).

İSÖ ölçeği sosyal alanda stres alt boyut puan ortalamasının azalması son değerlendirmede deney grubundaki erkeklerde anlamlı bulunurken ($p=0,015$; $p<0,05$); kontrol grubundaki erkeklerin evlilik alanda stres puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı belrilenmiştir ($p=1,000$; $p>0,05$). İSÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında, deney grubundaki erkeklerin ölçek toplam puan ortalamalarıdaki azalma, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p=0,000$; $p<0,05$) kontrol grubundaki erkeklerin son değerlendirmede ölçek toplam puan ortalamalarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,837$; $p>0,05$) (Tablo 4-23).

5. TARTIŞMA

İnfertilite, bireysel ve toplumsal etkilerinin yanı sıra çiftlerin cinsellikle ilgili başarısızlık, yetersizlik duygularını yaşamasına neden olan, yaşamı değiştiren bir kriz dönemi olarak değerlendirilmektedir (Allan ve Mounce 2015; Yılmaz ve Oskay 2015; Seymenler ve Siyez 2018).

Bu araştırma infertil çiftlere PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlığın cinsel işlev ve cinsel doyuma etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular 3 bölüm halinde tartışılmıştır;

5.1. Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Kadınların İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Erkeklerin İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Çiftlerin Sosyodemografik, Genel Sağlık, Cinsel Yaşam, Jinekolojik ve İnfertilite Tedavisine Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölüme girişte deney ve kontrol gruplarinin çiftlerin sosyo-demografik özellikleri, jinekolojik özellikleri, infertilite tedavisi özellikleri açisindan benzer olmasi amacıyla örneklem seçim sürecinde randomizasyon uygulanmiştir. Sonuç olarak yaş dışında tüm özellikler açısından benzer bulunmuştur.

Bu çalışma kapsamındaki kadınların %56,7'si 25-29 yaş aralığında, erkeklerin ise %53.3'ü 30-34 yaş aralığındadır. Gruplara göre ise deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 28,73±4,04, kontrol grubu kadınların yaş ortalaması 31,73±4,95 yıl olup deney grubu erkeklerin yaş ortalaması 31,97±4,15, kontrol grubu erkeklerin yaş ortalaması 33,33±4,61 yıldır (Tablo 4-1). TNSA 2018 verilerine göre 25-49 yaş aralığındaki kadınların ilk doğumlarının ortalama yaşları 23,3 yıl olarak belirtilmiştir. İnfertil kadınlarda ise gebelik beklendiği üzere tanı ve tedavi süreçlerine bağlı olarak gecikmekte aynı zamanda ilerleyen yaş infertilite için bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Algül ve Aksu 2014; Çelik ve Karaca 2018).

Zhuoran ve ark. (2018) Çinli infertil çiftlerin cinsel yaşam kalitelerini değerlendirdiği çalışmada erkeklerin ortalama yaşı 34,25±5,22 ve kadınların ise ortalama yaşı 30,71±4.81 yıldır. Aggarwal ve ark (2013) 'nın Hindistan'da 267 infertil kadın ve 263 fertil kadın üzerinde cinsel işlev bozukluğu prevalansının değerlendirildiği çalışmada kadınların yaş aralığı 24-42 arasındadır. Tayebi ve Ardakani (2009) 'nin İran'da 300 infertil kadınla cinsel işlev bozukluğunun sıklığını ve yaygınlığını ölçtüğü çalışmada da infertil kadınların ve eşlerinin yaş ortalaması sırasıyla 27.93±4.8 ve 33.48±5.6'dır. Algül ve Aksu (2014)'nun infertile çiftlerde cinsel işlev durumunun ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada kadınların yaş ortalaması 28,21±6,45 ve erkeklerin yaş oratalaması 32,36±5,96 olarak belirtilmiştir. Bulgularımız Zhuoran ve ark. (2018) Tayebi ve Ardakani (2009) ve Algül ve Aksu (2014)'nun yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda çiftlerin %46,7 inin evlilik süresi 1 ile 5 yıl, %43,3'ünün evlilik süresinin 6-10 yıl arasında değiştiğini ve çiftlerin %50'sinin önceden tanışarak evlendiği görünmektedir (Tablo 4-1). Egelioğlu-Çetişli ve ark. (2014) infertil çiftlerde cinsel doyum düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında evlilik süresi ortalamaları 3,97±1,78 yıl olup, çiftlerin %69,6'sı flört ederk evlenmişlerdir. Zhuoran ve ark (2018) Çin'de yaptığı

çalışmada ise infertil çiftlerin evlilik sürelerine göre ortalama 5,57±1,93 yıl olup 1 ile 9 yıl arasında değişmektedir. Tayebi ve Ardakani (2009)'nin çalışmasında İran'lı infertil çiftlerin evlilik süresi ortalaması 7,56±4,3 yıl olduğu, Chachamovich ve ark. (2010) Kanada da infertil erkeklerde yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında evlilik süresi ortalamalarının 9,13±4,7 yıl olduğu ifade edilmiştir. Bulgularımız Zhuoran ve ark., Aggarwal ve ark. ve Tayebi ve Ardakani'nin yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda infertil çiftlerde evlilik süresinin çoğunlukla 5-10 yıl aralığında olması evlilik sonrası gebelik planlama, doğal gebelik bekleme, infertilte tanı ve tedavi süreci nedeniyle sürenin uzamasıyla açıklanabilir (Tayebi ve Ardakani 2009; Chachamovich ve ark. 2010).

Çalışmamızda çiftlerin %58,3'ünün gelir durumunun orta düzey (gelir gidere denk) olduğu (Tablo 4-1), Çelik ve Karaca (2018)'nın primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeylerini belirledikleri çalışmasında kadınların %73,8'inin gelir düzeylerinin düşük seviyede olduğu, Zhuoran ve ark. (2018) Çin' de infertil çiftlerin cinsellik anlayışları üzerine yaptığı çalışmasında çiftlerin %42,9'unun düşük ekonomik seviyeye sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda çiftlerin %81,7'inin çekirdek aileye sahip olduğu (Tablo 4-1) ve benzer bulgu olarak da Çelik ve Kırca (2018), Koçyiğit (2012) ve Taşçı ve ark (2008) yaptıkları çalışmada da aile tipinin sırasıyla %95,5, %65 ve %93,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu görülmüştür. Çalışmalarda çekirdek aile tipi oranlarının yüksek olması, çocuk sahibi olamayan çiftlerin ailelerinin yapacağı sosyal baskıya maruz kalmama isteğinden kaynaklanabilir.

TNSA 2018 verilerine göre erkeklerin %33'ü kadınların ise %26'sı lise mezunudur. Çalışmamızda ise kadınların %31,7'si ve erkeklerin %27,7'si lise mezunudur (Tablo 4-1). Zhuoran ve ark (2018) çalışmasında ise infertil kadınların % 60,7'si, infertil erkeklerin %64,3ü ilköğretim düzeyindedir. Çalışmamızda kadınların %58.3'ünün çalışmadığını ve 2018 TNSA verilerine göre de 15-49 yaş aralığındaki evli kadınların büyük bir oranının (%68) çalışmadığı ve Algül ve Aksu (2014) çalışmasında infertil kadınların %77'si ve Egelioğlu Çetişli ve ark. (2014) çalışmasında ise infertil kadınların %79,5'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı belirtilmektedir. Kadınların çalışmama oranlarının yüksek olması infertilite tedavisinin süreklilik isteyen bir süreci olmasından dolayı işe gidip gelmede veya izin almada yaşanılan problemlerden kaynaklı olabilir.

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'ne göre (2019) göre, infertil olan çiftlerin %40'ı kadın partner nedenli, %40'ı erkek partner nedenli, kalan %20'si de açıklanamayan infertilite olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda ise infertilite sebebi %30'u kadın faktörlü, %36,7'si erkek faktörlü, %18,3'ü hem kadın hem erkek faktörlü, %15'i de açıklanamayan infertilitedir (Tablo 4-2). Gabr ve ark. (2017) Kahire'de yaptığı çalışmada infertilite sebebi % 62 kadın faktörlü, %11,5 erkek faktörlü, %9 hem kadın hem erkek faktörlü olup %17,5'i de açıklanamayan infertilitedir. Zhuoran ve ark. (2018) Çin'de infertil çiftler ile yaptığı çalışmasında %35,7'si kadın faktörlü, %32,1'i erkek faktörlü, %14,3'ü kombine faktörlü ve %17,9'da açıklanamayan imfertilite olup çalışmamızla uyumlu görünmektedir. Mohammadi ve ark. (2018) infertil çiftlerle İran'da yaptıkları çalışmada %16'sı kadın, %45,3'ü erkek, %12'si hem kadın hem erkek faktörlü olup, %26'sı da açıklanamayan infertilitedir. Heredia ve ark. (2013) 61 infertil kadınla İspanya'da yaptıkları kohort çalışmasında infertilite nedeni %62,5'i erkek, %18,8'ı kadın %6,3'ü hem kadın hem erkek faktörlü olup, %12,5'i ise açıklanamayan infertilite olarak belirtilmiştir. Çalışma Bulgularımız Mohammadi ve ark., Heredia ve ark. ve Zhuoran ve ark.'nın çalışma sonuçları ile paralel görünmektedir.

Azospermi erkek nüfusunun yaklaşık %1'inde görülür ve erkek infertilite vakalarında %20'ye kadar oran yükselebilir (Jarvi ve ark. 2010). Çalışmamızda erkek faktörü nedenleri incelendiğinde %50'sinde sprem üretim bozuklukları, %41,7'sinden pirmer testiküler yetmezlik ve %16,7'sinde azospermi görülmektedir (Tablo 4-2). Lotti ve ark. (2016) İtalya'da 448 infertil erkekle yaptığı çalışmada infertilite nedeni olarak erkeklerin 96'sında azospermi, 245'inde en az bir sperm anormalliği ve 107'sinde de normozoospermi olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda kadın faktörü nedenleri incelendiğinde %15'nde açıklanamayan infertilite, %13,3'nde over kisti, %15'nde uterin servikal faktörler, %13,3'ünde tubal ve pelvik faktörler, %20'sinde anovulasyon ve %8,3'nde endometriozis saptanmıştır (Tablo 4-2). Jumayev ve ark. (2012) Özbekistan'da 120 infertil kadınla infertilitenin sosyal ilişkileri üzerine yapmış olduğu çalışmasında kadın infertilite nedenlerinin; %65'nde anovulasyon, %23,3'nde tubal faktörler ve %10'unda da açıklanamayan infertilite olduğu belirtilmiştir. Aggarwal ve ark. (2013) Hindistan'da 170 infertil kadınla yaptığı çalışmada infertilitte nedenlerinin %40'nda endometriozis, %35'nde tubal faktörler, %5'nde açıklanamayan infertilite ve %8'nde polistik over sendromu (PCOS) olduğu bulgulanmıştır. Literatürde yer alan araştırma sonuçları değişkenlik göstermektedir (Jumayev ve ark. (2012), Lotti ve ark. (2016). Bu

sonuçlar infertilitenin ağırlıklı olarak kadın ya da erkek nedenli olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kadınların %38,3'ünün infertil süresi 3-5 yıl olup, %41,7'sinin de 3-5 yıldır infertilite tedavisi gördüğü saptanmıştır (Tablo 4-2). Zhouran ve ark. (2018) Çin'de infertil çiftlerle yapmış olduğu çalışmasında infertilite ortalama süresi 3,39±1,45 yıl olup 1 ile 7 yıl arasında değişmektedir. Çelik ve Kırca (2018) çalışmasında infertil kadınların %45,6'sının infertilite süresi 3-5 yıl arası olup, %59,1'inin tedavi süresi 1-2 yıl olduğu belirtilmekteir. Jumayev ve ark. (2012) Özbekistan'da yaptığı çalışmada infertilite süresi infertilitenin ilk tanısından itibaren 10 ay olduğu belirtilmiştir. Rashidi ve ark.(2008) Tahran'da IVF tedavisi gören çiftler üzerinde yaptığı çalışmada ortalama infertilite süresi 8,8±5,4 yıl olarak tespit edilmiştir. Chachamovich ve ark. (2010) Kanada'da 162 infertil erkekle psikolojik rahatsızlığın yaşam kalitesi boyutları üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmasında ortalama infertilite süresi 5,76±3,64 yıl olarak belirtilmiştir. Heredia ve ark. (2013) Yardımcı üreme teknikleri uygulanan hastalarda yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada ortalama infertilite süresi 5,29±6,72 yıl olarak ifade edilmiştir. Yapılan çalışmalarda çiftlerin infertilite süresi ve infertilitede tedavi süresi değişkenlik göstermektedir. Bu durum çalışılan örneklemlerin tanı aşamasında olup olmaması ve katılımcıların yaş faktörü ile açıklanabilir.

Çalışmamızdaki infertil kadınların ve erkeklerin tedavi ile ilgili süreci değerlendirme durumuna bakıldığında ise kadınların %60'ının, erkeklerin ise %55'inin olumlu düşünce içerisinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4-2). Algül ve Aksu (2014)''nun çalışmasında tepki durumuna bakıldığında kadınların %11,5'i eşlerinin tutumunun değiştiğini ve %13,5'inin eşinin ailesinin tepkili olduğunu ve %55,8'inin de çocuğu olmadığı için çok üzüldüğünü belirtmiştir. Çalışma sonuçları değişkenlik gösterip, bizim çalışmamızda çiftlerin tedavi sürecini daha olumlu geçirdiği ve bu durumu tedavi özgeçmişi, tedavi süresi ve evlilik süresi gibi faktörlerin etkilemiş olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kadınların %21,7'si cinsellikle ilgli konularda bir bilgi aldığını ve kadınların %13,3'ü bu bilgiye dergi, gazete ve internetten ulaştığını belirtmektedir. Erkeklerin ise %60'ının cinsellikle ilgli konularda bir bilgi aldığını ve %36'sı bu bilgiye internet aracılığıyla, %13,3' de dergi, gazate ve ineternetten ulşatığını bildirmektedir Çalışma kapsamındaki infertil kadın ve erkeklerin cinsellik hakkında sağlık profesyonellerinden bilgi almadıkları görülmüştür (Tablo 4-3). İnfertil çiftlerin tanı ve

tedavi sürecinde, hemşirelerin eğitim ve danışmanlık için uygun pozisyonda oldukları bilinmektedir (Taylor ve Davis 2006). Danışmanlığın yardımcı üreme teknikleri üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, danışmanlığın tedavide başarılı sonuç alınmasında etkili olduğunu belirterek hemşirenin danışmanlık rolüne dikkat çekmektedir (Terzioğlu 2001).

İnfertilite, çiftlerin tüm yaşamına etki eden stresli bir durum olduğu gibi çiftlerin ya da bireylerin cinselliğini etkileyebilir. (Rohina ve ark. 2013). Çalışma kapsamında kadınların %73,3'ünün, infertilite tanısı konulmadan önce cinsel sorunları olduğu ve bu sorunların da çoğunlukla disparoni, lubrikasyon, uyarılma ve anorgazmi olduğu, kadınların %86.7'sinin de infertilite tanısı konulduktan sonra da var olan cinsel sorunlara cinsel isteksizliğinde eşlik ettiği görülmektedir (Tablo 4-3). Erkeklerin ise %75'inin infertil tanısı konulmadan önce erken boşalma (%30) ve erektil disfonkiyon (%40) sorunları olduğu, %100'ünde infertil tanısı konulduktan sonra cinsel isteksizlik, erken boşalma, erektil disfonksiyon sorunları olduğu bulgulanmıştır (Tablo 4-3). Audu (2001)'nun Nijeryalı 97 infertil kadınla cinsel işlev bozukluğunu araştırdığı çalışmada sonucunda, kadınların %78,4'ünde cinsel isteksizlik, %57,7'sinde ağrılı cinsel ilişki, %20,6'sında cinsel uyarılma bozukluğu ve %20,6'sında anorgazminin olduğunu tespit etmiştir. Tayebi ve Ardakani (2009) infertil kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansını araştırdıkları çalışmada, kadınların %75'inde cinsel isteksizlik, %83,7'sinde anorgazmi, %67,7'sinin de ağrılı cinsel ilişki ve %76,7'sinin de vajinismus yaşadığı belirtilmiştir. Ramezanzadeh ve ark. (2006) Tahran'da infertil erkeklerde cinsel istek ve cinsel doyum düzeyini araştırdığı çalışmada, infertil erkeklerin %41,5'inde cinsel istek düzeyinde azalma görülürken, %52,5'inde de cinsel doyum düzeylerinin azaldığını bildirmiştir. Punab ve ark. (2017) Estonyada 1737 infertil erkek üzerinde yaptığı prospektif çalışmada erkeklerin %4,4'ünde infertilitenin birincil nedeni olarak şiddetli cinsel işlev bozukluğunun olduğu bildirilmiştir. Boorjian ve ark.(2007) New York'da cinsel işlev bozukluğu olan infertil erkekler için sildenafil sitratın faydasını araştırdıkları pilot bir çalışmada, erkeklerin %11'nde libido azalması gözlenirken, kadınların %28'nde libido azalması bulgulanmıştır. Yapılan çalışmalarda infertil çiftlerin cinsel hayatları olumsuz etkilediği görülmektedir. İnfertilite tedavisinin uzun sürmesi, başarısız tedavi girişimleri ve zamanlı cinsel ilişki eylemi, çiftlerin cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyerek cinsel sorunlara yol açabilir.

Çalışma kapsamında kadınların %55'inin cinsel sorunları karşısında eşlerinin anlayışlı davrandığını ve kadınların %86,7'sinin cinsel yaşantılarını orta düzey olarak değerlendirdikleri ve %70'i de haftada 1-2 kez cinsel birlikteliklerinin olduğunu ve %18,3 de cinsel ilişkiyi başlatan taraf olduğunu belirtmektedir. Erkeklerin %51,7 sinin cinsel sorunları karşısında eşinin anlayışlı davrandığını ve erkeklerin %88,3'ünün cinsel yaşantılarını orta düzeyde değerlendikleri, %73,3'ü de haftada 1-2 kez cinsel birlikteliklerinin olduğunu ve %51,7'si de cinsel ilişkiyi başlatan taraf olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-3). Bulgular sonucunda çiftlerde görülen cinsel sorunlara karşılık cinsel yaşamlarının orta düzey olduğu, cinsel ilişkiyi başlatan tarafın daha çok erkekler olduğu belirtilmiştir. Bu durum kadın ve erkeklerde cinselliği farklı tanımlamalarından ve cinsel yaşamdan beklentilerinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

5.2. Kadınların İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirmede Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

İnfertilitenin kadınlarda cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisine yapılan çalışmalarda infertil kadınlarda cinsel şikayetlerin daha yaygın olduğunu ve bu kadınların depresyon, anksiyete ve strese daha yatkın olduklarını göstermişlerdir (Moreira ve ark. 2005; Gülseren ve ark. 2006; Carter ve ark. 2011; Smith ve ark. 2015; Facchin ve ark. 2019).

Çalışmamızda KCFİ kesme değerine göre son değerlendirmede deney grubundaki kadınların %36,7'sinin cinsel işlevde yeterli, kontrol grubundaki kadınların ise %100'ün de cinsel işlevin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-6). Lo ve Kok (2016), infertil olan Hong Konglu 159 kadının cinsel işlevi ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada kadınların %32,5'inde cinsel işlevin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Kucur Suna ve ark.(2016), 124 infertil kadınla infertilite etiyolojisi ve depresyonun kadın cinsel işlevi üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmada kesme değerine göre kadınların %43,3'ünde cinsel işlevin yeterli olmadığı görülmüştür. Jamali ve ark. (2014) İran'da 502 infertil kadınla, infertil kadınlarda vücut kitle indeksi ile cinsel işlev arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada kadınların KCFİ kesme değerine göre kadınların %87,1'inde

cinsel işlevin yeterli olmadığı belirtilmiştir. Tashbulatova ve ark.(2013) 200 infertil kadınla, infertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisini değerlendirdikleri çalışmada kesme değerine göre kadınların %35,5'inde cinsel işlevin yeterli olmadığı belirtilmiştir. Keskin ve ark. (2011) primer ve sekonder infertil kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğu prevalansındaki farklılıkları araştırdıkları çalışmada, KCFİ kesme değerine göre kadınların %68,2'sinde cinsel işlevin yeterli olmadığı ifade edilmiştir. Pakpour ve ark. (2012) İranlı 604 infertil kadınla, kadın cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığını ve risk faktörlerini araştırdıkları çalışmada KCFİ kesme değerine göre kadınların %35,6'sında cinsel işlevin yeterli olmadığı belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre infertil kadınlar arasında cinsel işlev bozukluklarının yaygın olduğu görünmektedir. Bu bulguların ortaya çıkmasında kadınların demografik özellikleri, psikolojik faktörleri, infertilite süresi ve tedavi süresi gibi faktörlerin etkileri olabilir. Bu nedenle infertil kadınlarda ve/veya çiftlerde tedaviye başlamadan önce cinsel işlevin klinik değerlendirmesinin gerekli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda ilk değerlendirmede gruplara göre KCFİ'nin alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet-doyum ve ağrı'nın puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu ve bu sorunların infertil kadınlarda cinsel sorunun başlıca nedenleri olduğu görülmektedir (Tablo 4-4). Gruplara göre cinsel danışmanlık alan deney grubunun, danışmanlık almayan kontrol grubuna kıyasla KCFİ toplam puan ortalamalarının ilk değerlendirme ve son değerlendirme arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,05$). İlk değerlendirmeye göre son değerlendirmede KCFİ puan ortalamalarının deney grubunun kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-4). Gruplar içerisinde son değerlendirmede kontrol grubunun KCFİ'nin alt boyutlarına göre sadece uyarılma ($p=0,012$) puan ortalamalarının ön değerlendirmeye göre yüksek olduğu bulgulanmıştır. KCFİ'nin diğer alt boyutlarunda ise istatiksel olarak anlamı bir fark gözlenmemiş olup, toplam KCFİ puanlarında anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p=0,028$) (Tablo 4-5). Kontrol grubundaki bu farklılık tedavi sonrası izlem sürecinde akut tedavi stresinin geçmiş olması ve tedavi sürecinde planlı/zorunlu cinsel aktivitenin yaşanmaması uyarılma düzeyini olumlu düzeyde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda deney grubunun cinsel danışmanlık sonrası son değerlendirmede toplam ölçek puanının ($p=0,000$) ve KCFİ'nin alt boyutları olan istek, uyarılma,

lubrikasyon, orgazm, memnuniyet-doyum ve ağrı'nın ortalama puanlarının danışmanlık öncesine göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,000) (Tablo 4-5). PLISSIT modeli kapsamında verilen cinsel danışmanlığın 1 er hafta ara ile 60 dakikalık 3 eğitim seansı uygulanması, danışmanlık seanslarında cinsel iletişim kurularak, dinleme, soru sorma, soru-cevap şeklinde iletişimin sürdürülmesi, temel düzeyde cinsel anatomi ve fizyoloji hakkında bilgi verilmesi, çiftlerde görülen cinsel işlev düzeyini arttırmaya yönelik uygulamaların önerilmesi, cinsel işlev düzeyini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Smith ve ark. (2015) Amerika'da IVF tedavisi gören kadınlarda cinsel işlev ve yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada, kadınların cinsel ilgi, istek, orgazm, memnuniyet, cinsel aktivite ve genel cinsel işlevde önemli ölçüde düşük puan aldığı (p<0,05) ve en yaygın cinsel sorunların cinsel ilgi veya istek eksikliği (%30), orgazm bozukluğu (%15) ve vajinal kuruluk (%14) olduğu tespit edilmiştir. Güngör ve ark. (2018) 134 infertil ve 134 fertil kadınla, infertil kadınlarda aşılama (İntrauterin inseminasyon-IUI) tedavisinin cinsel işlev ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışma sonucunda infertil grubu için toplam KCFİ ortalama skorunun, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu yani infertil hastaların daha düşük bir cinsel işlev düzeyinde olduğu belirtilmiştir. Ayrıca KCFİ puanlarının alt boyutları olan cinsel istek, uyarılma ve doyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (p<0,05). Cinsel işlev, sağlığın ve genel yaşam kalitesinin önemli bileşenlerinden biridir. İnfertilitenin hem kadınlarda hem de çiftlerde yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerinde önemli bir olumsuz etkisinin olduğu söylenebilir.

Aggarwal ve ark. (2013) infertil (n=267) ve fertil (n=233) kadınlarla KCFİ kullanarak cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığını değerlendirdiği çalışmada infertil kadınların %63,67'sinde ve fertil kadınların %46,35'inde cinsel işlev bozukluğu görülmektedir (p=0,001). En sık görülen cinsel işlev bozukluğu ise infertil çiftlerde (p=0,001) uyarılma disfonksiyonu (%70) iken, fertil grupta karşılaşılan disfonksiyonlar ise arzu (% 40) (p=0,001) ve anorgazmi (%40) (p<0,004) olduğu belirtilmiştir. Tayebi ve Ardakani (2009) çalışmasında infertil kadınlarda en sık görülen cinsel sorunların anorgazmi (%83,7) ve libido azalması (%80,7) olduğunu bildirmişlerdir. Mendonça ve ark. (2014) Brezilyada 168 infertil ve 110 fertil kadınla cinsel işlev bozukluğu

yaygınlığını araştırdıkları çalışmada cinsel işlev bozukluğu prevalansının infertil kadınlar arasında %36,30 ve fertil kadınlar arasında ise %28,18 olduğu belirtilmiştir.

Ayrıca infertil kadınlarda KCFİ alt boyutlarından olan arzu ve uyarılma puan ortalamalarında anlamlı bir fark (p= 0,001) bulunurken, KCFİ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamıştır (p=0,36). Turan ve ark. (2014) 352 infertil, 301 fertil kadınla KCFİ kullanarak cinsel işlev düzeylerini araştırdıkları çalışmada, infertil kadınların %32,9'unda, kontrol grubunun %17,2'sinde cinsel işlev bozukluğu olduğu bulgulanmıştır. (p<0,001). İnfertil grupta istek, kayganlık, uyarılma, orgazm, ağrı ve memnuniyet düzeylerinden aldıkları puan ortalamalarının, fertil kadınların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). İnfertil kadınların ortalama toplam KCFİ skoru, fertil kadınlardan anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir (sırasıyla 26,2±2,5 ve 28,2±1,7; p<0,001). Davari Tanha ve ark. (2014) Tahran'da infertilitenin türüne göre cinsel işlevi değerlendirdikleri çalışmada, KCFİ'ye göre sekonder infertil kadınların, primer infertil kadınlara göre daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı görülmüştür. Bireylerde ve/veya çiftlerde var olan cinsel işlev bozukluğu, cinsel aktiviteyi olumsuz etkileyerek infertilitede nedensel bir faktör olabilir.

Millheiser ve ark. (2010) Kaliforniya'da KCFİ kullanılarak infertilitenin kadın cinsel işlevi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla 110 infertil ve 99 fertil kadınla yaptığı vaka kontrol çalışmasında, cinsel işlev bozukluğu prevalansı kontrol grubunda (fertil kadınlar) %25, vaka grubunda (infertil kadınlar) %40 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca infertil grubun cinsel aktivite sıklığı, arzu ve uyarılma alanlarında önemli ölçüde daha düşük puanlara sahip olduğu ancak ıslanma (lubrikasyon), orgazm, ağrı ve memnuniyet alanlarında fark saptanmadığı belirtilmektedir (p>0,05). Çalışmamızda ise ilk değerlendirmede her iki grubunda KCFİ puan ortalamaları benzer olup literatürde yer alan çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu görülmüştür (Millheiser ve ark. 2010; Keskin ve ark. 2011; Furukawa ve ark. 2012; Mogdam ve ark. 2015; Marvi ve ark. 2019). Kadınlar infertilite teşhisinin ardından birden fazla başarısız tedavi girişimiyle evlilikte sıkıntı yaşayabilir ve dolayısıyla cinsel işlev bozukluğu ile sonuçlanabilir. Çiftleşmenin odak noktası, zevkten ziyade yalnızca gebe kalmaya odaklanır. Zamanlanmış cinsel ilişki eylemi, hem erkeklerde hem de kadınlarda durumsal cinsel işlev bozukluğu için bilinen bir risk faktörüdür. Bu nedenle infertil bir çiftin erkek partnerleri de tanıyı takiben cinsel

işlev bozukluğu geliştirebilirler (Millheiser ve ark. 2010; Jamali ve ark. 2011; Lo ve ark. 2016; Pan 2017).

Shahraki ve ark. (2018) İran'da 264 kadın üzerinde (115 fertil, 78 primer infertil, 71 sekonder infertil kadın) depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesini incelediği çalışmada primer infertiliteye sahip kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun daha yaygın olduğunu ve cinsel işlev bozukluğu olan kişilerde de Beck Depresyon Ölçeği puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir ($p<0,001$). Pan (2017) Çin'de İnfertilitenin kadının cinsel işlevi üzerindeki etkisini değerlendirdiği çalışmasında infertil olan grupda >34 yaş üstü hastalar için cinsel istek skoru ve KCFİ toplam skoru sırasıyla 3,36±0,83 ve 24,73±4,10 olup, ≤ 34 yaşındaki hastaların cinsel istek skoru ve KCFİ toplam skorundan daha düşük (sırasıyla 3,60±0,72 ve 25,89±3,58) ($p<0,05$) olduğunu belirtmiştir. Furukawa ve ark. (2012) Oregon'da infertilite tedavisi arayan 75 kadın ve 210 fertil kadınla disparoni ve cinsel işlev bozukluğunu değerlendikleri çalışmada cinsel işlev bozukluğunun infertil kadınlarda %37,3, fertil kadınlarda %31,9 olduğu, disparoni oranlarının ise infertil kadınlarda %30,7, fertil kadınlarda %37,6 olduğu belirtilmiştir. Carter ve ark. (2011) New York'da oosit bağışı bekleyen infertil kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansının araştırıldığı çalışmada cinsel işlev bozukluğu yaygınlığının %47 olduğu ifade edilmektedir. Çalışma sonuçları doğrultusunda cinsel fonksiyon skorlarının infertil kadınlarda fertil kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. İnfertilite tedavi sürecinin stresli bir süreç olmasından dolayı cinsel işlev düzeyi ve cinsel yaşam kalitesinde azalma görülebilir.

Hemşireler tarafından çoğunlukla göz ardı edilen bir konu olan cinsellik bazen tek başına bile infertilite faktörü olabilmektedir. Bu nedenle kadın ve/veya erkeklerde cinsel yaşamın sorgulanması ve gerektiğinde cinsellik konusunda danışmanlık yapması gerekmektedir. Ancak ülkemizdeki hemşirelerin %19,4'ünün birey/çiftlerde cinsel yaşamı sorguladığı ve cinsel danışmanlık verdiği görülmektedir (Açıkgöz 2011; Bal 2014). Marvi ve ark. (2019) İran'da cinsel işlev bozukluğu olan 108 infertil kadın üzerinde Cinsel Sağlık Modeli'ne (SHM) dayalı cinsel eğitimin cinsel işlev bozuklukları üzerindeki etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmasında SHM modeli kapsamında deney grubuna verilen cinsel danışmanlığın, KCFİ puanlarını arttırdığı, deney ve kontrol grupları arasında cinsel istek, lubrikasyon ve cinsel tatmin düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) ve deney grubunda cinsel eğitim öncesi ve sonrası KCFİ

puanlarında da anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir (p<0,001). Behboodi Moghadam ve ark. (2015) tarafından yapılan 90 evli kadınla cinsel sağlık eğitiminin kadın cinsel işlev üzerindeki etkisini araştırdıkları randomize çalışmada, deney grubuna 1'er hafta ile 4 oturumda verilen cinsel eğitimin orgazm ve ağrı dışında cinsel işlevlerin tüm boyutlarının önemli ölçüde iyileştiğini tespit etmiştir (p<0,001). Orgazmın uzun süre uygulanması gereken bir beceri olduğu ve bu nedenle sadece üç oturumda verilen cinsel eğitim programından sonra orgazm düzeyinde küçük bir iyileşme gözlenebilir. Cinsel ağrı (disparoni) ise, infertilitesi olan kadınların azalmış cinsel istek ve azalmış cinsel ilişki ile zorunlu cinsel aktivite yapmaya zorlanmış olmanın yanı sıra tıbbi sorunlardan da kaynaklanıyor olabilir (Smith ve ark.2008). Cinsel eğitimin cinsel işlev düzeyini arttırdığı bizim çalışmamızda ve yapılan çalışmalarlada gözlenmiş olup cinsel eğitimin öneminin özellikle de infertil gruplarda tedavi sürecinde verilmesi gereken bir eğitim olduğu düşünülmektedir.

Mahmodi ve Valiee (2015) Tahran'da cinsel sağlık eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini 60 evli kadınla ön test-son test tasarımı ile değerlendirdikleri çalışmada cinsel eğitim verdikleri müdahale grubundaki kadınların (n=30), yaşam kalitelerinin ve evlilik ilişkilerinin olumlu yönde arttığını belirtmiştir. Banaei ve ark.(2016) İranda emziren 82 kadının doğumdan sonraki 6 ay boyunca cinsel yakınlık ve cinsel doyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada PLISSIT modeli kapsamında cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların cinsel doyum ve cinsel yakınlık puanlarının anlamlı olarak arttığını (p<0,001) ve deney ve kontrol grubundaki kadınların cinsel doyum ve yakınlık puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu bildirmiştir (p<0,001). Khakbazan ve ark.(2016) Tahran'da cinsel işlev bozukluğu olan Multipl Skleroz (MS) tanılı 88 kadınla PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlığın etkinliğini ölçen araştırmada, 4 haftalık cinsel danışmanlık seansı verilen deney grubundaki kadınların ortalama toplam KCFİ skorlarının, danışmanlık öncesine göre arttığını ve ölçeğin 6 alt boyutunun skorlarında da anlamlı bir artış (p<0,05) görülürken, cinsel danışmanlık almayan kontrol grubunda herhangi artış olmadığı belirtilmiştir. Heidari ve ark. (2017) Tahran'da 88 çift ile yaptıkları çalışmada, deney grubuna PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlık sonrası KCFİ ve IIEF toplam puanlarının ortalamasının, danışmanlık verilmeyen kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (p<0,05). Rostamkhani ve ark. (2015) İran'da cinsel sorun yaşayan 80 kadın üzerinde yaptığı yarı deneysel çalışmasında PLISSIT modeline göre

cinsel danışmanlık verdiği deney grubunda ki kadınların KCFİ alt boyutları olan cinsel istek ($p<0,0001$), uyarılma ($p<0,0001$), lubrikasyon ($p<0,0001$), orgazm ($p=0,005$), cinsel tatmin ($p=0,005$), disparoni ($p<0,0001$) ve KCFİ toplam puan ortalamalarının ($p<0,0001$) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Nho (2013) Kore'de 43 çift ile PLISSIT model kapsamında cinsel sağlığı geliştirme programının, cinsel işlev, cinsel sıkıntı, evlilik yakınlığı ve öznel mutluluk üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmasında, deney grubuna (21 çift) verilen cinsel danışmanlığın (4 seans, seans başına 90 dakika) çiftlerin cinsel işlevlerini, evlilik yakınlıklarını ve bireysel mutluluklarını arttırdığını, cinsel sıkıntılarının azaldığını belirtmiştir.

Çalışmamızda, deney grubundaki kadınlarda ilk ve son değerlendirmede KCFİ ölçek toplam puanlarında ve KCFİ alt boyutları olan cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve memnuniyet-doyumda ve ağrı da istatiksel olarak anlamlı olarak bir artış görülmüştür ($p<0,05$). (Tablo 4-5). Kontrol grubunda ise ilk ve son değerlendirmede KCFİ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir artış gözlenirken, KCFİ alt boyutlarından sadece istek ve uyarılmada anlamlı artış tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızla uyumlu görünüp Sabola ve ark. (2020), Marvi ark. (2019), Heidari ve ark.(2017), Banaei ve ark.(2016), Shafik ve Mohammad (2016), Khakbazan ve ark.(2016), Moghadam ve ark.(2015), Mahmodi ve Valiee (2015), Rostamkhani ve ark.(2015) çalışmalarında da belirtildiği gibi cinsel işlev bozukluklarında model doğrultusunda cinsel danışamanlığın cinsel işlevselliği iyileştirdiği tespit edilmiştir (Tablo 4-5). Çalışma sonuçlarımız ‘‘Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeks toplam puanları yüksektir’’ H1 hipotezimizi destekler niteliktedir. PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlıkla birlikte; çiftlerin cinsel iletişim kurma, cinsellik hakkında tartışma başlatabilme ve cinsel sorunları konuşabilme becerisine eriştiği, cinsel işlevin anatomi ve fizyolojisi hakkında bilgi sahibi olduğu, uygulanması önerilen alternatif cinsel birleşme pozisyonlarının cinsel memnuniyetlerini arttırdığı ve cinsel işlev düzeylerini olumlu olarak etkilediği düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; infertil çiftlere PLISSIT modeli doğrultusunda cinsel danışmanlık verilen çalışmalara rastlanmamıştır.

5.2.2. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cinsel tatmin, sağlıkla ilgili genel yaşam kalitesinin temel bir bileşenidir. Bu nedenle cinsel yaşamda sorun yaşandığında yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilenmektedir (Scott ve ark. 2012; Shoji ve ark. 2014; Sánchez-Fuentes ve ark.2014; Tuğut 2016; Zegeye ve ark. 2020).

Çalışma kapsamında, kontrol grubunda yer alan kadınların ilk ve son değerlendirmede YCDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), deney grubundaki kadınların ise ilk ve son değerlendirmede YCDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiş olup, deney grubundaki kadınların cinsel işlevlerinde ve cinsel doyum düzeylerinde anlamlı bir artış belirlenmiştir ($p=0,000$) (Tablo 4-9). Gruplar içerisinde cinsel danışmanlık verilen deney grubunun, YCDÖ puan ortalamasının cinsel danışmanlık verilmeyen kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-10). Ayrıca deney grubunun cinsel danışmanlık sonrası YCDÖ'ye özgü alt boyutları olan ben merkezli (kişisel deneyimler ve duygular) ve eş-partner merkezli (eşinin/partnerinin cinsel davranış ve tepkileri, cinsel faaliyetlerin çeşitlilik ve/veya sıklığı) puan ortalamalarının danışmanlık öncesi puan ortalamalarından daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4-10). Çalışma sonucumuz ‘‘Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların Yeni Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanları yüksektir’’ H2 hipotezimizi destekler niteliktedir. Cinsel danışmanlık kapsamında, cinsel işlev bozukluklarının yönetimine ve cinsel memnuniyetin arttırılmasına yönelik egzersizlerin (Alternatif Pozisyonlar, Bedeni ve Cinsel Organları Tanıma ve Keşfetme Egzersizi, Kegel Egzersizi, Mastürbasyon Egzersizi, Masaj) anlatılması, çiftin heyecan ya da uyarılmasını artıran erotik okuma materyalleri, filmler ve oyunlar gibi uygulamaların önerilmesi deney grubundaki kadınlarda cinsel tatmin ve cinsel doyum düzeylerinin artmasını etkilemiş olabilir.

Czyżkowska ve ark. (2016) Polonya'da 50 infertil ve 50 fertil kadınla cinsel doyum ve cinsel aktiviteyi değerlendirdikleri çalışmada, fertil kadınların 13'ü (%26), infertil kadınların 45'i (%90), cinsel sorun yaşadığını ve infertil kadınların daha düşük cinsel tatmin düzeyine sahip oldukları ve infertil kadınların fertil kadınlara göre daha yüksek depresif semptom seviyeleri gösterdiği belirtilmiştir ($p<0,001$). İnfertil çiftlerin cinsel aktiviteyi haz ve keyif almak yerine üreme amaçlı gerçekleştirmesi, cinsel ilişki

sırasında çocuk sahibi olmayı düşünmeleri ve bu konudaki sürekli endişeleri stres düzeylerini artırabilir. Bu durumda cinsel doyumunun ve cinsel aktivitenin azalmasına neden olabilir. Çoskuner Potur ve ark. (2020) 316 infertil ve 316 fertil kadınla infertilitenin cinsel işlev ve cinsel yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini araştırdıkları bir vaka kontrol çalışmasında, infertil kadınların% 32,3'ünün, fertil kadınların ise %14,9'unun cinsel işlev bozukluğu yaşadığı ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir ($p<0,001$). Ayrıca infertil ve fertil kadınların Kadın Cinsel İşlevi Endeksi (FSFI) alt boyut puanları ve cinsel yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, infertil kadınların cinsel istek, cinsel ilişki doyumu, orgazm işlevi ve klitoral duyarlılık düzeylerinin, fertil kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu ifade edilmiştir ($p<0,001$). Ancak cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı ve cinsel yaşam kalitesi puanlarının her iki grupta da benzer bulunduğu ve anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir ($p>0,05$). Çalışma sonuçlarındaki farklılıkların nedenleri, çalışma popülasyonundaki farklılıklar, kültürel faktörler, cinsellikle ilgili bilgi düzeyi, ve örneklem büyüklüğündeki değişkenlik olabilir. Ayrıca çalışmalara katılan evli kadınların cinsellik, cinsel işlev, cinsel öz saygı, partner iletişimi ve cinsellik konuşmanın tabu olarak algılanması gibi faktörlerde cinsel doyum düzeylerini etkileyebilir. Bu nedenle cinsel eğitim programlarının geliştirilmesi ile birlikte çiftlerin evlilik öncesi ilişki ve evlilik danışmanlığından da destek alması önerilebilir.

Zegeye ve ark. (2020) Etiyopyalı 397 evli kadınla yaptıkları çalışmada kadınların yarısı (%50,4) cinsel doyumdan orta düzeyde memnun, %39'u aşırı derecede memnun, %1,3'ü biraz memnun ve tatmin olmadığını belirtmektedir. Ancak İran, Şili ve Almanya'da evli kadınlarla yapılan çalışmada cinsel doyum düzeyinin sırasıyla % 56,4, %66 ve %70'inin olduğu belirtilmektedir (Ziaei ve ark. 2014; Salazar-Molina ve ark. 2015; Velten ve ark. 2017). Hoy ve ark. (2018) Almanya'da temsili bir örneklemle (N=2524, %45,4'ü erkek, %54,6'sı kadın) Yeni Cinsel Memnuniyet Ölçeği (YCDÖ)' nin Almanca kısa versiyonunun gözden geçirilmesi çalışmasında YCDÖ ortalama puan değeri 47,49±9,34 olarak belirtilmiştir. Masoumi ve ark. (2016) İran'da 125 infertil ve 125 fertil çiftler arasında yaşam kalitesi, cinsel doyum ve evlilik doyumlarının karşılaştırıldığı çalışmada, cinsel doyum ortalama puanları infertil ve fertil çiftlerde sırasıyla 63,67±13,13 ve 46,37±7,72 olup infertil çiftlerde daha yüksek cinsel doyum bulunmuştur. Fertil çiftlerin cinsel doyum düzeylerinin düşük olması, evlilik ilişkilerinde yaşanan kişisel sorunlar, maddi sorunlar, çocuklardan kaynaklı sorunlar, stres, depresyon

gibi psikolojik rahatsızlıkların olmasıyla birlikte çiftlerin cinselliğe yüklediği anlam ve cinsel işlev bozuklukları gibi durumların olmasından kaynaklanmış olabilir.

5.2.3. İnfertilite Stresi Ölçeği'nden (İSÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

İnfertilite ile ilişkili stres, infertiliteye bağlı olarak kişinin sosyal yaşamından, evlilik ilişkilerinden ve fiziksel ve zihinsel sağlığından algılanan stresi ifade eder (Martins ve ark. 2013). İnfertil kadınlar, fertil kadınlara kıyasla yaşamlarında daha fazla stres yaşarlar ve bu nedenle daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olabilirler. Pek çok toplumda infertilite ve buna bağlı çocuk sahibi olamama, sıklıkla damgalanma ve suçlulukla ilişkilendirilir (Fu ve ark. 2015; Jansen ve Saint Onge 2015). Bu nedenle infertil kadınlar, erkeklerden çok daha ağır bir yük ve stres yaşayabilmektedir. Dolayısıyla infertil kadınlar, bir yaşam krizine neden olabilecek ve doğurganlık düzeylerini büyük oranda etkileyebilecek infertilite ile ilgili stresi algılayabilirler (Cserepes ve ark. 2013; Kim ve ark. 2018).

Çalışmamızda gruplara göre ilk değerlendirme ve son değerlendirmede infertilite stresi ölçeğinin ve alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4-11). İnfertilite stresi ölçeğinin ve alt boyutlarının puan ortalamasının ilk değerlendirmeye kıyasla son değerlendirmede daha az olduğu görülmektedir (Tablo 4-12). Deney grubu kadınların ilk ve son değerlendirmede sırasıyla kişisel alanda, evlilik alanında, sosyal alanda stres puan ortalaması ve toplam ölçek puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 4-12). Literatürde cinsel işlev bozuklukları görülen bireylerde/çiftlerde stres düzeyinin daha fazla olduğu belirtilmektedir Gruplara göre de stresin düzeyinin değişiklik göstermesi deney grubuna verilen cinsel danışmanlığın cinsel işlev düzeylerini iyileştirmesiyle birlikte stres düzeylerini de azaltmış olabilir. Çünkü çiftler infertiliteden dolayı cinsel aktivitede kendini yetersiz hissedebilir, bu durumda hem evlilik ilişkilerinin bozulmasıyla birlikte, cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilginin de kaybolmasına hem de gebeliğin gerçekleşmemesiyle birlikte yoğun depresif duyguların yaşanmasına neden olmaktadır. (Tao ve ark. 2011).

Kırca ve Pasinlioğlu (2019) infertilite tedavisi gören 128 kadınla yaptığı çalışmada, kontrol grubunda infertilite stresi ölçeğininden alınan ortalama puanlar ön testte 25,83±5,81 ve son testte 29,14±5,66 olup, son testte puanlarının arttığını ancak

anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (p>0,05). Deney grubundaki kadınların ortalama puanları ön testte 23,55±5,56, son testte 44,94±4,92 olup, aradaki farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (p<0,05) Ayrıca yapılan bu çalışmada gruplar arasında ön testte kişisel ve sosyal alanlardaki stres puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (p>0,05) olup, deney grubundaki kadınların evlilik alanında daha yüksek düzeyde strese sahip oldukları görülmüştür (p<0,05). Çalışma sonucumuzda ise ön testte kişisel, sosyal ve evlilik alanlarında stres puan ortalamasının deney ve kontrol grupları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş (p<0,05) olup ön değerlendirmede her iki grupta kişisel alanda daha yüksek düzeyde strese sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4-12). Kadınların özellikle kişisel alanda stres düzeyinin artmasına, infertilite tedavisinin ana odak noktası olmasıyla birlikte tedavi süresinin uzun olması, tedavideki başarısızlıklar, aile ve çevreden görülen sosyal baskılar neden olabilir. Maruz kalınan baskılar ile birlikte evlilik ve sosyal yaşamlarında da farklı şekillerde psikolojik sıkıntılara yol açabilir ve infertilite tedavisinin başarısını etkileyebilir. Bu nedenle infertiliteye bağlı stresi azaltmaya yönelik stratejilere ve müdahalelere ihtiyaç vardır.

Çelik ve Kırca (2018) primer infertil kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların kişisel alanda ve evlilik alanında stres puan ortalamasının sosyal alandaki stres puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirtilmiş olup, eğitim ve gelir düzeyine, yaşadıkları yere, mesleklerine göre, infertilite nedeni, infertilite ve tedavi sürelerine, evlilik sürelerine göre infertilite stres ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (p<0,05). Peterson ve ark. (2009) Danimarkada 5 yıl boyunca takip edilen infertil kadın ve erkeklerle yaptıkları çalışmada, hem kadında hem erkekte kişisel alanda stres puan ortalamasının 5 yıl boyunca azaldığını, evlilik alanında stres puan ortalamasınında 5 yıl boyunca arttığını ve sosyal alanda stres puan ortalamasınında değişmediği ve kadınların kişisel ve sosyal alanda stres puan ortalamalarının 5 yılda erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay (2016)'ın 206 infertil çift ile yapmış olduğu çalışma sonucunda, kişisel alanda stresin kadınlarda erkeklerden daha yüksek (p<0,05) olduğu, evlilik ve sosyal alanlardaki stres puan ortalamalarının ise kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) belirtilmiştir. Keshavarz ve ark.(2018) İran da 140 infertil çift ile yaptıkları çalışmada kadınlarda algılanan stres puan ortalamasının erkeklere göredaha yüksek olduğu belirtilmiştir. Benyamini ve ark. (2011) İsrailde 72 infertil çift ile kadın ve erkeklerin infertilite algıları ve bunların psikolojik uyumla ilişkilerini

değerlendirdikleri çalışmada, kadınların eşlerine göre daha daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları belirtilmiştir ($p<0,05$). Çalışmamızda kadınların kişisel ve evlilik alanında stres puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunurken, sosyal alanda stres puan ortalamasının kadınlara kıyasla erkeklerde daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4-12, Tablo 4-24). Stres düzeyi kültürler ve değerlerdeki farklılıklara bağlanabilir. İnfertil kadınların erkeklere kıyasla yüksek düzeyde stres yaşamalarının nedenleri anne olabilme, doğurganlık arzusu, kendini eksik hissetme, aile ve toplum baskısı, gibi değişkenlik göstermekle birlikte, stresin kadınlar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalarda, stresin over disfonksiyonu, luteal faz bozukluğu, uterus ve fallop tüplerinin işlevinde bozulma ve bunun sonucunda implantasyon sürecinde bozulma gibi sorunlara yol açabileceğini göstermektedir (Pasch ve ark. 2012; Karaca ve Ünsal, 2015).

Bu süreçte hemşirelerin infertilite tedavi sürecinde infertil çiftlerin stres düzeyini ve stresle başa çıkma yöntemlerini belirlemeleri gerekmektedir. Hemşireler, stres düzeyini değerlendirirken stres düzeyini ölçen bir ölçüm aracı ya da psikososyal sorunları belirlemeye yönelik sorular sorabilmeli ve gerektiğinde çiftlere bu konuda eğitim ve danışmanlık verebilmelidir.

5.3. Erkeklerin İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği"nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

5.3.1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cinsellik ile infertilite arasındaki ilişki çift yönlüdür. İnfertilite, cinsel işlev bozukluklarının hem nedeni hem de sonucu olarak düşünülebilir. Bu nedenle infertil erkeklerde, bireysel infertilite tedavisine başlamadan önce cinsel işlev bozukluklarının ve ciddiyetinin belirlenmesi gerekir (Dooley ve ark. 2014).

İnfertil erkeklerde cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, %8,9 ile %68,7 arasında değişen en yaygın cinsel işlev bozukluğu türleridir. Erektil disfonksiyon ve/veya erken boşalma, altı infertil erkekte bir prevalansa sahipken, orgazmik disfonksiyon on infertil erkekten birinde görülmektedir (Lotti ve Maggi 2018). Bakhtiari ve ark. (2015) İran'da infertilite tedavisi gören erkeklerle cinsel işlev bozukluğunun sıklığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, 236 infertil erkeğin %58'inde cinsel disfonksiyon görüldüğü

ve en sık görülen cinsel işlev bozukluklarının da sırasıyla erken boşalma (%34,7), anorgazmi (%28,0), cinsel istek bozukluğu (%9,2), gecikmiş boşalma (%8,5), retrograd boşalma (%6,8) ve erektil disfonksiyon (%5,5) olduğu gözlenmiştir. Ayrıca eşlerinde cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde, eşlerinde cinsel işlev bozukluğu olmayanlara göre 4,92 kat daha fazla cinsel işlev bozukluğu gözlenirken, primer infertil erkeklerde sekonder infertil erkeklere göre daha fazla (3,61 kat) cinsel işlev bozukluğunun görüldüğü tespit edilmiştir (Bakhtiari ve ark. 2015). Bulgular doğrultusunda infertil çiftlerin erkek partnerlerinde de en az kadınlar kadar yaygın bir cinsel işlev bozukluğu prevalansı görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin, infertil çiftleri bu alanda da kapsamlı değerlendirmek için infertilite merkezlerinde bir cinsel kliniğin kurulması faydalı olabilir.

Literatürde infertil erkek hastalarda, genel erkek popülasyona kıyasla daha yüksek Erektil Disfonksiyon (ED) prevalansı bildirilmiştir (Lotti ve ark. 2012; Gao ve ark. 2013). Shindel ve ark. (2008) infertil erkek popülasyonunda ED görülme sıklığının (%22) aynı yaştaki genel erkek popülasyonda (%7-9) gözlenenden daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Lotti ve ark. (2012) Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF-5) kullanarak 244 infertil erkekle yaptıkları çalışmada 6 infertil erkekten birinin ED olduğunu bildirmiştir. Khademi ve ark. (2008) IIEF-15-EFD (Erektil Fonksiyon İndeksi-15 erektil fonksiyon etki alanı) kullananarak yaptığı çalışmada 100 infertil erkekte erektil disfonksiyon sıklığını %61,6 ve Song ve ark.(2016) IIEF-5 kullandığı çalışmada 236 infertil erkekte erektil disfonksiyon prevelansını %50,8 olarak bildirmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızı destekler nitelikte olup, çalışmamızda ki ilk değerlendirmede deney grubundaki infertil erkeklerin %56,7'sinde kontrol grubundaki erkeklerin ise %40,0'ında sertleşme sorunu yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4-15, Tablo 4-16).

Erkekler zamanlanmış koitusun veya semen toplanması gerektiren rutin tanısal işlemlerin (örneğin, bir koital sonrası test veya aşılama), performans kaygısına, geçici erektil işlev bozuklukları ile birlikte cinsel arzularında bir düşüş olduğunu bildirmektedir (Wischmann 2010). Gao ve ark. (2013) Prematür Ejakülasyon Değerlendirme Anketi (PEDT) ve Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF-5) kullanarak Çin'de 1498 infertil ve 942 fertil erkekle yaptıkları çalışmada, infertil grupta prematür ejekülasyon (PE) ve erektil disfonksiyon (ED) insidanslarının, fertil gruptakilerden daha yüksek olduğu görülmüştür (PE: %19,01'e karşı %10,93; ED: %18,05'e karşı %8,28). Bununla birlikte infertil erkeklerde, fertil erkeklere göre anksiyete ve depresyon düzeyinin daha

yaygın olduğu belirlenmiştir (Anksiyete:%38,01'e karşı %26,65; Depresyon: %15,74'e karşı %10,08). İnfertil bir çiftin parçası olan erkeklerin ve fertil bir çiftin üyeleri olan erkeklerin erektil fonksiyonlarını karşılaştıran mevcut çalışmalarda, infertil erkeklerde erektil disfonksiyon prevalansının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Khademi ve ark. 2008; Shindel ve ark. 2008; Lotti ve ark. 2012; Gao ve ark. 2013; Song ve ark. 2016; Lotti ve Maggi 2018).

İnfertil erkeklerin %50-66'sının prematür ejekülasyon (PE) yaşadığı ve bu durumun genel popülasyona göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Shindel ve ark. 2008; Hassanzadeh ve ark. 2010; Gao ve ark. 2013). Uluslararası Cinsel Sağlık Derneği (ISSM)'ne göre prematür ekelülasyon (PE), yaşam boyu form ve edinilmiş form olarak 2 ana başlık altnda değerlendirilmektedir (Şerefoğlu ve ark. 2010). Hassanzadeh ve ark. (2010), İranlı infertil erkeklerde prematür ejekülasyon sıklığını değerlendirdiği çalışmada 300 infertil erkeğin %74'ün de primer (yaşam boyu forma sahip olan) ve %26'sı sekonder (edinilmiş form) prematür ejekülasyon olduğunu belirtmiştir. Lotti ve ark. (2012) İtalya'da İnfertil erkeklerde erektil disfonksiyon (ED) ve prematür ejekülasyon (PE) sıklığı ve klinik özelliklerini araştırdıkları çalışmada 244 infertil erkekte 38'inin erken boşalma olduğunu, bunların %38,5'inin yaşam boyu forma sahip olduğunu ve %61,5'inin edinilmiş forma sahip olduğunu bildirmiştir. Türkiye'de yapılan 2593 erkekten oluşan bir kohort çalışmasında 520 erkekte prematür ejekülsayon görüldüğü ve edinilmiş formun (%19,2), yaşam boyu formdan (%11,2) daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Şerefoğlu ve ark. 2014). Benzer sonuçla Çin'de 3016 erkekten oluşan bir kohort çalışmasında da prematür ejekülsayonu olan 778 erkekte %18,8 edinilmiş form ve %12,3 yaşam boyu forma sahip olduğu belirtilmiştir (Gao ve ark. 2013). Çalışmamızda ise ilk değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin %46,7'si, kontrol grubundaki erkeklerin ise %30,0'ında ejekülasyon sorunu yaşadığı gözlenmiştir (Tablo 4-15, Tablo 4-16). Sonuçlardaki farklılığın katılımcı sayılarının farklı sayıda olması ve özellikle standartlaştırılmış metodolojinin eksikliği veya PE'yi saptayan ve geçerliliği olan ölçek kullanılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Prematür ejekülasyon, erkeklerde cinsel performans kaygısına ve kadın partner için hayal kırıklığına ve tatmin edici olmayan cinsel deneyimlere neden olabilir (Shindel ve ark.,2008; Gao ve ark. 2013; Şerefoğlu ve ark. 2014; Bakhtiari ve ark. 2015). Bu nedenle infertil erkeklerde ejakülatuar bozuklukların uygun bir şekilde yönetilmesi gereklidir (Bakhtiari ve ark. 2015).

İnfertilite ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki üzerine yapilan çalışmalar cinsel istek bozukluğunun infertil çiftlerde sık görülen bir faktör olarak bildirmektedir (Berger ve ark. 2016; Bechoua ve ark. 2016; Lara ve ark. 2015; Ferraresi ve ark. 2013). Ancak bunlar çoğunlukla kadınların libidolarına odaklanırken, erkek cinsel arzusunu araştıran çalışmalar yetersizdir. İnfertil bir çiftteki erkeklerde libido kaybı, genellikle onaylanmış ölçekler/formlar olmaksızın sadece birkaç araştırmacı tarafından incelenmiştir. Ayrıca, libidoyu araştıran hiçbir formun/ölçeğin normal cinsel arzuyu, düşük cinsel arzudan ayıran doğrulanmış bir kesme değeri yoktur, bu nedenle çalışmalar genellikle sadece kendi kendine bildirilen duyguları veya infertil ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmayı detaylandırmaktadır (Lotti ve Maggi 2018).

İnfertil erkeklerde cinsel aktivite sadece üreme amacı haline geldiğinde düşük libido ve cinsel tatminsizlik kaçınılmaz olduğundan cinsel isteksizliğin infertil erkeklerde (%45,4 - %68,7) (Ramezanzadeh ve ark. 2009), genel popülasyona (%5 ile %18.1) göre daha yaygın olduğu görülmektedir (Laumann ve ark. 2009). Ramezanzadeh ve ark.(2009) Tahran'da infertil çiftlerde, cinsel istek ve memnuniyeti değerlendiren çalışmasında 200 erkeğin %45,4'ünde infertilite teşhisi sonrasında cinsel istek düzeylerinde azalma olduğunu bildirmiştir. Yapılan başka bir çalışmada infertil erkeklerin %52'sinde cinsel istek bozukluğu bildirilmiştir (Lara ve ark. 2015). Bechoua ve ark. (2016) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında cinsel istek bozukluğunun infertil çiftlerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Marci ve ark. (2012) İtalya'da 60 infertil çift ve 52 fertil çift ile yaptıkları çalışmada, infertil erkeklerin fertil erkeklerden daha düşük cinsel istek duyduğunu bildirmiştir ($p<0,05$). İtalya'da 171 infertil erkekte cinsel işlev bozukluğu prevalansının değerlendirildiği diğer bir çalışmada, infertil erkeklerin cinsel istek bozukluğu oranının %8,9 ile % 68,7 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Elia ve ark. 2010). Çalışmamızda ise ilk değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin %50'si'nde, kontrol grubu erkeklerin ise %60'nda cinsel istekte azalma olduğu belirlenmiş (Tablo 4-15, Tablo 4-16) olup yapılan çalışmalarla uyumlu görünmektedir. İnfertilite söz konusu olduğunda, cinsel ilişki üreme amaçlı olduğu için ve cinsel aktivite belirli günlerle sınırlandırıldığı için kendiliğindenliğini yitirebilir. Bu nedenle cinsellik, eğlence ve erotik değerinden mahrum bırakılabilir ve doğrudan gebelik hedefine tabi tutulabilir (Cousineau ve Domar 2007). Cinsel aktivitenin bu şekilde planlı olarak uzun süreli yaşanması ve hatta gebeliğin hiçbir zaman gerçekleşemeyeceği kanıtlanırsa cinsel

yaşamda da cinsel isteksizlik gibi diğer cinsel işlev bozukluklarına da neden olabilir (Wirtberg ve ark. 2007).

İnfertil erkeklerde cinsel istek ve cinsel uyarılma arasındaki ilişki halen tartışılmaktadır. Bazı çalışmalar infertil erkeklerde ve infertilite tedavisi sırasında cinsel istek bozukluğuna rağmen cinsel uyarılmanın devam ettiğini göstermektedir (Ohl ve ark. 2009; Bechoua ve ark. 2016). Çalışmamızda ise infertil erkeklerin %60'ın da cinsel uyarılmada azalma olduğu saptanmıştır (Tablo 4-15). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda infertil erkeklerde cinsel uyarılmada azalma olduğunu belirtmiştir (Elia ve ark. 2010; Marci ve ark. 2012; Bechoua ve ark. 2016). İnfertil çiftlerde cinsel uyarılmanın azalması, cinsel aktivitenin kişisel istekten/zevkten daha çok üremeye odaklanması ve tıbbi gereksinimlerin yakınlığı etkilemesi ile ilişkilendirilebilir.

Algül ve Aksu (2014)'nun infertilite sorunu yaşayan 52 kadın ve 55 erkekle cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında infertil erkeklerin %38,1'inde cinsel istek düzeyinde azalma %20,0'ında sertleşme bozukluğu, %38,2'sinde anorgazmi ve %32,7'sinde de cinsel doyum düzeyinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) toplam ölçek puanlarına göre erkeklerin %49,1'inde cinsel işlev bozukluğu görülmüş olup ACYÖ toplam ölçek puan ortalaması 10,92±3,44 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda gruplara göre ACYÖ ilk değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin %93,4'ünde, kontrol grubundaki erkeklerin ise %83,3'ünde orta düzeyde cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiş olup (Tablo 4-19), ilk değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin ACYÖ toplam puan ortalamasının, kontrol grubundaki erkeklerin ACYÖ puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-13). Çalışmamızda ACYÖ cut off değerine göre son değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin %70'in de cinsel işlev yeterli (11<), kontrol grubundaki erkeklerin ise %6,7'sinde cinsel işlevin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Gruplara göre son değerlendirmede ACYÖ puan ortalamaları arasındaki değişimin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca son değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin cinsel işlev bozukluğu oranı azalırken, kontrol grubunda ise cinsel işlev bozukluğu oranı artmıştır (Tablo 4-19). Çalışma sonuçlarındaki farklılık, yaş, eş yaşı, evlilik süresi, tedavi süresi ve infertilite nedeni gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir.

Gruplar içerisinde son değerlendirmede ise hem deney grubundaki erkeklerin ACYÖ puan ortalamalarındaki azalma (p=0,000; p<0,05) hem de kontrol grubundaki erkeklerin ACYÖ puan ortalamalarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003;p<0,05) (Tablo 4-14). Her iki grubunda ACYÖ puan ortalamalarında azalma gözlenirken, deney grubunun ACYÖ puan ortalamasının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4-14). Çalışma sonucumuz ‘‘cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı düşüktür’’ H3 hipotezimizi de desteklemektedir. ACYÖ puanlarının deney grubunda daha düşük gözlenmesi, deney grubuna PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlık seanslarında cinsel iletişimin kurulması, temel düzeyde cinsel anatomi ve fizyoloji hakkında bilgi verilmesi, bireylerde/çiftlerde görülen cinsel işlev bozukluğuna ilişkin cinsel işlev düzeyini arttırmaya yönelik uygulamaların önerilmesi cinsel işlev düzeyini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Bu bağlamda infertilite kliniğindeki hemşirelerin, çiftlerin genel durumunu değerlendirirken, cinsel yaşamlarını da ayrıntılı bir şekilde değerlendirmelerinin ve gerekirse bu konuda danışmanlık yapmalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

5.3.2. Erkeklerin İnfertilite Stres Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

İnfertilite teşhisi ve ardından gelen tedavi süreci ile karşılaşmak, infertile çiftlerde duygusal, sosyal ve psikolojik sıkıntılara neden olabilir. Birçok çalışma infertilite sürecinin çiftlerde depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu ve evlilikte uyumsuzluklar, özgüven azalması, psikolojinin bozulması ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğunu bildirmektedir (Luk ve Loke 2015; Winkelman ve ark.2016; Schweiger ve ark.2018; Biringer ve ark. 2018).

Patel ve ark.(2016) Hindistan’da İnfertil erkeklerde stres düzeyini araştırdıkları çalışmada 300 infertil erkekiğin %72’sinin stres yaşadığı ve stres faktörlerinin de infertilite tanısının doğası ve ciddiyeti, sperm anomalileri, ürolojik durum ve bunun için geçirilen cerrahi deneyimlerinin olduğu belirtilmiştir. Dooley ve ark. (2014) İrlanda’da 167 infertil erkekle infertilite tedavisinin erkek partner üzerindeki psikolojik etkisini araştırdıkları çalışmada infertilite stresi ile benlik saygısı ve ilişki tatmini arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (p=0,001, p=0,003). Mohammadzadeh ve ark. (2019) Tahran’da İranlı infertil çiftlerde anksiyete bozukluğu ile ilişkili risk faktörlerinin

belirlendiği çalışmada, 1146 infertil çifttte erkeklerin %19,5'inin ve kadınların %36,6'sının sırasıyla orta ve şiddetli anksiyete seviyelerine sahip olduğunu belirtilmiştir. İnfertilite tedavisinde tanı testleri ve tedavi sürecinin, kadınlarda erkeklere göre daha karmaşık ve invaziv olmasından dolayı kadınların depresyon, anksiyete ve stres oranları erkeklere göre daha fazla olabilmektedir.

Peterson ve ark. (2009) Danimarka'da 5 yıldır infertilite tedavisi gören 1125 çift ile yaptıkları çalışmada infertil erkeklerin, kişisel alanda stres puan ortalaması 5,38±0,31, evlilik alanda stres puan ortalaması 4,22±0,25, sosyal alanda stres puan ortalaması ise 1,67±0,17 olarak belirlenmiştir. Martins ve ark. (2012) Danimarkada 364 infertil kadın ve 334 infertil erkek ile algılanan sosyal destek ile infertiliteye bağlı stres arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada, infertil erkeklerin kişisel alanda stres puan ortalaması 7,36±4,96, evlilik alan stres puan ortalaması 2,32±3,43 sosyal alanda stres puan ortalaması 4,82±3,43 olarak belirtilmiştir. Peronace ve ark.(2007) İngiltere'de infertil tedavisi gören 256 erkekle yaptıkları çalışmada, erkek faktörlü infertil nedeni olan erkeklerde, diğer faktörlü olan erkeklere göre kişisel, sosyal ve evlilik alanda stresi daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir. İnfertil çiftlerin sağlık profesyonellerine depresif semptomları bildirme konusunda isteksiz olmalarından dolayı çiftlerin depresyon durumları her zaman fark edilmeyebilir. Çünkü bu süreçte çiftler, tedavi öncesi eğer psikiyatrik sorunları ortaya çıkarsa infertilite tedavisinin reddedileceğinden veya erteleneceğinden korktukları için psikolojik sorunlarını gizlemektedir (Wichman ve ark. 2011). Bu bağlamda infertil çiftlerin, tedavi sürecinde tedaviye ilişkin ihtiyaçları ve beklentilerinin yanı sıra, psikolojik ihtiyaçları ve sosyal beklentileri ile de ilgilenmek ve infertilitenin olumsuz sosyo-psikolojik sonuçlarını azaltmak tıbbi tedavilerin etkinliğini artırabilir.

Çalışmamızda gruplara göre deney grubu erkeklerin ilk değerlendirmeye kıyasla son değerlendirmede infertilite stres ölçeğinin puan ortalamalarının ve ölçek alt boyutları olan kişisel, evlilik ve sosyal alanlarda ki stres puan ortalamalarının, kontrol grubundaki erkeklerin stres puan ortalamalarına göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 4-22). Toplam ölçek puanı incelendiğinde; deney grubunun ilk değerlendirme ve son değerlendirmede ölçek toplam puanların azalması anlamlı bulunurken ($p=0,000;p<0,05$), kontrol grubunun ön-ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmede ölçek toplam puanlarındaki azalma anlamlı bulunmamıştır ($p=0,837$;

p>0,05). (Tablo 4-23). Ülkemizde baba olma ile birlikte soyun devamını sürdürme düşüncesi, ailesi ve çevresi tarafından da baskı altında kalması, primer infertilite olma durumu, infertilite tedavi süresi, tedavi geçmişi, planlanmış cinsel aktivite ve yardımcı üreme teknolojisi gibi terapötik müdahaleler erkeklerin stres düzeyini arttırmış olabilir. Ayrıca çalışmamızda infertilite sebebinin %46,6 erkek faktörlü olması da stres düzeyini arttırdığını düşündürmektedir. Çünkü erkeğin infertiliteye yüklediği anlam baba olamama, doğurtamama, iş hayatında destek eksikliği, özellikle yaşılık döneminde sosyal güvence azlığı, ve sosyal rol eksikliği gibi durumlarda stres düzeyini artırabilmektedir.

Çalışmamızda son değerlendirmede ise deney grubunda stres puanlarının anlamlı olarak azalması, akut tedavi stresinin azalması ve verilen cinsel danışmanlık doğrultusunda çiftlerin daha sağlıklı iletişim kurması, çiftlerin bu süreçte daha fazla yakınlaşması, birbirlerine destek olması, cinselliğin üreme amaçlı bir eylem olma algısının değişmesi, çocuk sahibi olamamanın cinsel yetersizlikle ilişkilendirilmemesi ve bu durumun danışmanlık süreci ile birlikte stres faktörü olarak algılanmamasının sağlanması, deney grubundaki erkeklerin stres düzeyinin azalmasına katkıda bulunmuş olabilir.

5.3.3. Erkeklerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cinsel aktivite aşk, romantizm ve cinsel yakınlığın bir yansımasıdır (Lee ve ark. 2001; Steuber ve Solomon 2008) ancak cinsel aktivite bir üreme aracı haline geldiğinde cinsel yetersizlikle ilişkilendirilerek, çift üzerinde baskı yaratır ve hayal kırıklığına yol açar (Steuber ve Solomon 2008). İnfertil çiftler tedavi süresince, gebeliğin başarı oranını artırmak için bir cinsel aktivite rejimi izlemek zorundadır, bu durumda çiftlerin cinsel yaşamlarını ve evlilik ilişkilerini bozabilir (Cousineau ve Domar 2007). İnfertil erkeklerin, tedavi süresince cinsel aktivitelerini planlamak zorunda kaldıklarında cinsel tatmin düzeylerinin fertil erkeklere göre daha az olduğu belirtilmiştir (Monga ve ark. 2004). Bazı çiftler için, infertilite sorunu çözülse dahi partneri ile yakınlık kurmada zorlanma ve cinsel aktiviteden keyif alama durumu yıllarca devam edebilmektedir (Cousineau ve Domar 2007).

Luk ve Loke (2019) Hong Kong'da infertil tedavisi gören 113 çift üzerinde cinsel tatmin ve yakınlık düzeylerini değerlendirdikleri çalışma sonucunda, erkeklerin kadınlara göre cinsel yaşamlarından daha fazla memnuniyetsiz olduğu belirtilmiştir. Bununla

birlikte erkeklerin büyük bir kısmı (%37,2) cinsel yaşamlarını kaliteden ve doyumdan yoksun bulmuş ve eşlerinin cinsel aktivitede bulunmak istemediğini belirtmişlerdir. Danimarkada 1125 İnfertil çift üzerinde yapılan bir araştırmada, kadının ovulasyon döneminde sabit bir cinsel ilişki programının erkeklerde cinsel performansın azalmasına ve cinsel stresin artmasına neden olduğu ifade edilmiştir (Peterson ve ark. 2007). İnfertilite stresi bir erkeğin kimliğini ve erkeklik duygusunu etkiler ve çocuk sahibi olma erkeğin cinsel performansına bağlıdır, oysa ki annelik kadınlar için kimlik göstergesi olduğu için kadınlarda infertilite stresi, cinsel ilişki sürecinden çok gebe kalamama ile ilgilidir (Luke ve Loke 2019).

Sahebalzamani ve ark.(2018) Tahran'da 193 infertil çift ile, İnfertil Çiftlerde Sağlık Okuryazarlığı ile Cinsel İşlev ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkiyi araştırdıkları çalışmada, erkeklerin %50,8'i, kadınların ise %46,1'nde orta düzey cinsel doyuma sahip olduğu tespit edilmiştir. Shoji ve ark.(2014) Japonya'da 170 infertil çift ve 170 fertil çift ile Golombok-Rust Cinsel Memnuniyet Envanteri (GRISS) kullanılarak değerlendirilen infertil çiftlerin cinsel tatmin düzeyini araştırdıkları çalışmada, infertil çiftlerin fertil çiftlere göre ve erkeklerin de kadınlara göre cinsel tatmin düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir ($p<0,05$). Nakic Rados ve ark.(2018) Hırvatistan'da 94 infertil çiftle infertiliteye bağlı stres ve cinsel tatmin düzeyini araştırdıkları çalışma sonucunda, infertilite stresi daha fazla olan çiftlerde cinsel tatmin düzeylerinin daha düşük olduğu ifade edilmiştir.

Soleimani ve ark.(2015) Duygusal Odaklı Çift Terapisinin Evlilik Çatışması Olan İnfertil Çiftlerin Cinsel Doyumu ve Evlilik Uyumu Üzerindeki Etkisini 30 infertil çift üzerinde yapılan yarı deneysel bir çalışmada, çiftlerin ön test uygulamasında gruplar arasında cinsel doyum ölçeği ve alt boyutlarında anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0,05$), ancak deney (15 çift) grubuna uygulanan Duygusal Odaklı Çift Terapisi (EFT-C) sonucunda son test uygulamasında gruplar arasında cinsel doyum ölçeği ve alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) ifade edilmiştir. Masoumi ve ark. (2017) Hamedan'da 50 İnfertil çift üzerinde Evlilik İlişkilerini Zenginleştirme Programının İnfertil Çiftlerin Evlilik Doyumu, Evlilik Yakınlığı ve Cinsel Doyumu Üzerindeki Etkisini araştırdıkları randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna 90 dakikalık yedi seans boyunca evlilik ilişkilerini zenginleştirme programı uygulanmıştır. Uygulanan seans sonrası deney grubundaki çiftlerin evlilik ve cinsel doyumunu anlamlı düzeyde

artırdığı (p<0,001) belirtilmiştir. Vizheh ve ark. (2013) Tahran'da 50 infertil çift üzerinde danışmanlığın infertil çiftlerin evlilik ilişkilerinin kalitesi üzerindeki etkisini araştırdıkları randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna 1'er hafta ara ile her biri 60-90 dakika süren ve toplam 3 seans olmak üzere infertilite hakkında bilgi, evlilik doyumu ve cinsel tatmini etkileyen faktörler ve yaklaşımlar hakkında danışmanlık verilmiştir. Danışmanlık öncesi deney ve kontrol grubunda evlilik ve cinsel tatmin düzeyinde anlamlı farklılık gözlenmezken (p>0,05) danışmanlık sonrası gruplar arasında evlilik doyumu (p=0,025) ve cinsel doyum puan ortalamalarında (p=0,019) anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Yardımcı üreme teknolojisi gibi terapötik müdahaleler ve planlanmış cinsel aktivite, çiftlerin evlilik ilişkilerini ve cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyebilir. Bu süreçte imfertil çiftlere rutin olarak psikososyal danışmanlık ve cinsel danışmanlık verilmesi bireylerin stres düzeylerinin azalmasına, evlilik ilişkilerinin düzelmesine ve cinsel doyum düzeylerinin artmasını sağlayabilir ve hatta tedavi sürecini de olumlu etkileyebilir.

Çalışmamızda gruplara göre ilk değerlendirmede YCDÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir değişim olmaz iken (P>0,05); son değerlendirmede YCDÖ ve alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05) (Tablo 4-20). Kontrol grubunda yer alan erkeklerin ilk ve son değerlendirmede YCDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlenmediği (p>0,05); cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki erkeklerin ise ilk ve son değerlendirmede YCDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir artış olduğu gözlenmiştir (p<0,05). (Tablo 4-21). Deney grubunun cinsel danışmanlık sonrası YCDÖ'ye özgü alt boyutları olan ben merkezli ve eş-partner merkezli puan ortalamalarının da cinsel danışmanlık öncesi puan ortalamalarından daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4-21). Çalışma sonucumuz ‘‘cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki erkeklerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı yüksektir’’ H4 hipotezimizi desteklemektedir. PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlık kapsamında, cinsel ilişkinin öneminin tartışılması, infertilitenin cinsellik üzerine etkisinin belirlenmesi, cinsel işlev düzeylerinin artmasına ve cinsel memnuniyetin artmasına ilişkin egzersizlerin ödev olarak verilmesi, cinsel heyecan ve uyarılmayı arttıran film, kitap ve oyun gibi önerilerde bulunulması çiftlerde cinselliğin önemini arttırarak cinsel doyum düzeylerini de arttırmış olabilir. Çalışmamız Vizheh ve ark. (2013), Masoumi ve ark.(2017) ve Soleimani ve ark.(2015) araştırma sonuçlarında da belirtildiği gibi verilen cinsel danışmanlığın, cinsel tatmin ve cinsel doyum düzeylerinin artmasına ilişkin çalışma sonuçları çalışmamızla uyumluluk gösterdiği tespit edilmiştir.

İnfertilite ve tedavisi, çiftlerin evlilik ilişkilerini ve cinsel yaşamlarını bozabilir ve çiftlerde bazı cinsel sorunları ortaya çıkartabilir. Bununla birlikte cinsel işlev bozukluğunun kendisi de infertilitenin nedeni olabilir. Bu nedenle hemşirelerin anamnez alırken tıbbi öykü ile birlikte ayrıntılı bir şekilde cinsel öykü alıp gerektiğinde çiftlere cinsellik hakkında kapsamlı bir eğitim vermelidir. Çünkü çocuk sahibi olmayı isteyen infertil çiftler, cinselliğin amacının sadece üreme eylemi olduğunu düşünebilir ve cinsel eylem sonucu gebelik oluşmazsa da cinselliğin tüm amacının yitirildiğini düşünebilir ve bu durumda cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, lubrikasyon, disparoni, anorgazmi, erken yada geç boşalma gibi cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir. Ayrıca infertilite tedavisinde fiziksel olarak rahatsız edici prosedürler, izlenme duygusu ve talep üzerine cinsellik, bireylerde ve/veya çiftlerde cinsel öz imajı, arzuyu ve performansı etkileyerek cinsel tatminsizliği arttırırken, cinsel ilişki sıklığını da azaltabilir. Oysaki sağlıklı cinsel işlevin, kadın ve erkeğin iyi olma halini, tedavi sürecini ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenle infertil çiftlere, tanı süreci birlikte cinsellik ve cinsel sağlık hakkında kapsamlı eğitim ya da danışmanlık verilmelidir. Çünkü çiftlere danışmanlık sağlamak cinsel işlevin iyileşmesine, cinsel tatmin düzeyinin ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertil çiftlere PLISSIT modeli kapsamında verilen cinsel danışmanlığın cinsel işlev ve cinsel doyuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre;

Çalışma kapsamındaki kadınların %56,7'si 25-29 yaş aralığında, erkeklerin ise %53.3'ü 30-34 yaş aralığındadır. Gruplara göre deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 28,73±4,04 yıl, kontrol grubu kadınların yaş ortalaması 31,73±4,95 yıl olup deney grubu erkeklerin yaş ortalaması 31,97±4,15 yıl, kontrol grubu erkeklerin ise yaş ortalaması 33,33±4,61 yıldır (Tablo 4-1).

Çalışmamızda infertilite sebebi %30 kadın faktörlü, %36,7 erkek faktörlü, %18,3 hem kadın hem erkek faktörlü, %15'i de açıklanamayan infertilitedir (Tablo 4-2). Çalışmamızda kadınların %38,3'ünün infertil süresi 3-5 yıl olup, %41,7'sinin de 3-5 yıldır infertile tedavisi gördüğü ve erkeklerin de %45'inin infertil süresi 3-5 yıl olup, %38,3'ünün de 3-5 yıl arası tedavi gördüğü saptanmıştır (Tablo 4-2).

KCFİ toplam puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubundaki kadınların ilk ve son değerlendirmede ölçek toplam puan ortalamalarındaki artışın ileri derecede anlamlı olduğu ($p=0,000$; $p<0,05$), kontrol grubundaki kadınlarin ilk ve son değerlendirmedeki ölçek toplam puanlarındaki kısmi artışın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,028$; $p<0,05$). Çalışma sonucumuza göre ‘‘Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi toplam puanları yüksektir.’’ H1 hipotezimiz desteklenmiştir. (Tablo 4-4).

KCFİ kesme değerine göre son değerlendirmede deney grubundaki kadınların %36,7'sinin cinsel işlevde yeterli (26,55 ve altı), kontrol grubundaki kadınların ise %100'ün de cinsel işlevin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-6). Gruplara göre son değerlendirmede KCFİ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Son değerlendirmede deney grubunda cinsel işlev bozukluğu oranı azalırken, kontrol grubunda ise cinsel işlev bozukluğu oranı artmıştır (Tablo 4-6).

Çalışmamızda deney grubundaki kadınların son değerlendirmede YCDÖ toplam puan ortalamaları ve ölçek alt boyutlarınındaki (ben merkezli, eş-partner merkezli) artışın kontrol grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,000; p<0,05). (Tablo 4-10). Çalışma sonucumuza göre‘‘Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların Yeni Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanları yüksektir.’’ H2 hipotezimiz desteklenmiştir.

İnfertilite stres ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubundaki kadınların ilk ve son değerlendirmede toplam puan ortalamalarındaki artışın anlamlı olduğu (p=0,000;p<0,05), kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmede toplam puanlarındaki değişimin anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0,248; p>0,05). (Tablo 4-12).

Arizona Cinsel Yaşantilar Ölçeği (ACYÖ) toplam ortalama puanlara bakıldığında; deney grubundaki erkeklerde ilk değerlendirme ve son değerlendirmede ACYÖ puanlarındaki azalmanın anlamlı bir azalma olduğu (p=0,000; p<0,05), kontrol grubu erkeklerinde ilk ve son değerlendirmede ACYÖ puanlarındaki azalmanında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,003 ; p<0,05) (Tablo 4-14). Çalışma sonucumuza göre ‘‘Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanları düşüktür.’’ H3 hipotezimiz desteklenmiştir.

ACYÖ Cut off değerine göre son değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin %70’in de cinsel işlev yeterli (11<), kontrol grubundaki erkeklerin ise %6,7’sinde cinsel işlevin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Gruplara göre son değerlendirmede ACYÖ puan ortalamaları arasındaki değişimin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Ayrıca son değerlendirmede deney grubundaki erkeklerin cinsel işlev bozukluğu oranı azalırken, kontrol grubunda ise cinsel işlev bozukluğu oranı artmıştır (Tablo 4-19).

Deney grubundaki erkeklerin ilk ve son değerlendirmede YCDÖ ve alt boyutlarının puan ortalmalarınıdaki değişimin istatiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05). (Tablo 4-21). Çalışma sonucumuza göre‘‘Cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki

erkeklerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanları yüksektir.'' H4 hipotezimiz desteklenmiştir.

İnfertilite Stres Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında, deney grubunun ilk ve son değerlendirmede toplam puan ortalamalarının azalması anlamlı bulunurken ($p=0,000$; $p<0,05$), kontrol grubunundaki ilk-son değerlendirmedeki toplam puan ortalamalarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,837$; $p>0,05$) (Tablo 4-23).

Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- İnfertilite kliniğinde hemşirelerin bütüncül bir yaklaşımla cinsel öykü alarak bireylerin/çiftlerin cinsel sorun ve gereksinimlerini belirlemesi, cinsel danışmanlık vermesi ve gerektiğinde cinsel terapistlere yönlendirmesi,
- İnfertilitenin ve tedavi sürecinin fiziksel ve psikososyal etkilerinin cinselliği olumsuz etkileyebileceği konusunda çiftlerin bilgilendirmesi,
- İnfertil çiftlere üreme sistemi anatomisi ve fizyoloji konusunda bilgi verilerek üreme organları ve cinsellik hakkındaki yanlış ve eksik bilgilerinin giderilmesi,
- Cinsel eğitim ve danışmanlıkta, çiftleri kapsamlı değerlendirmek için PLISSIT modeli gibi cinsel işleve yönelik modellerin kullanılması ve geliştirilmesi,
- Hemşirelerin cinsel danışmanlık, psikososyal bakım ve iletişim becerilerini arttırmaya yönelik eğitim, kurs ve hizmetiçi eğitimler ile desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdelkader, A. M. ve Yeh, J. (2009). The potential use of intrauterine insemination as a basic option for infertility: a review for technology-limited medical settings. *Obstetrics and gynecology international*, , Article ID 584837. https://doi.org/10.1155/2009/584837.

Aflakseir, A. ve Zarei, M. (2013). Association between Coping Strategies and Infertility Stress among a Group of Women with Fertility Problem in Shiraz, Iran. *Journal of reproduction & infertility*, ***14(4),*** 202–206.

Afzali, M., Khani, S., Hamzehgardeshi, Z., Mohammadpour, R.A. ve Elyasi, F. (2020). Investigation of the Social Determinants of Sexual Satisfaction in Iranian Women. *Sexual Medicine*, ***8(2),*** 290-296. doi:10.1016/j.esxm.2020.02.002.

Aggarwal, R. S., Mishra, V. V. ve Jasani, A. F. (2013). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. *Middle East Fertility Society Journal*, ***18(3),*** 187-190.

Ahmadi, H., Montaser-Kouhsari, L., Nowroozi, M.R. ve Bazargan-Hejazi, S. (2011), Male Infertility and Depression: A Neglected Problem in the Middle East. *The Journal of Sexual Medicine*, ***8,*** 824-830. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02155.x

Akdeniz, F. ve Gönül, A.S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, ***2,*** 70-74.

Akıncı, A.C., Yıldız, H. ve Zengin, N. (2010). The Level Of Comfort Among Nursing Students During Sexual Counseling To Patients Who Have Chronic Medical Conditions. *Sex Disability*, ***28,*** 287-296

Algül, Ö. ve Aksu, H. (2014). İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Journal Clinical Obstetrics Gynecology*, ***24*****(3),** 171-178.

Al-Homaidan, H. T. (2011). Depression among Women with Primary Infertility attending an Infertility Clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: Rate, Severity, and Contributing Factors. *International journal of health sciences*, ***5(2),*** 108–115.

Alhassan, A., Ziblim, A. R. ve Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC women's health*, ***14*****(1),** 42. https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-42

Allan, H. ve Mounce, G. (2015). Managing infertility in primary care. *Practice Nursing*, ***26(9),*** 440-443.

Alirezaei, S., Ozgoli, G. ve Alavi Majd, H. (2018). Evaluation of Factors Associated with Sexual Function in Infertile Women. *International journal of fertility & sterility*, ***12(2),*** 125–129. https://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5193

American Psychiatric Association (APA). (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-V. Erişim 05.06.2013, http://www.psychiatry.org/dsm5.

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins Gynecology (2019). Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstetrics and gynecology*, ***134*(1),** e1–e18. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003324.

Amiri, M., Sadeqi, Z., Hoseinpoor, M. H., & Khosravi, A. (2016). Marital satisfaction and its influencing factors in fertile and infertile women. *Journal of family & reproductive health*, ***10(3),*** 139.

Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Möller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization?. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***20(10),*** 2969–2975. https://doi.org/10.1093/humrep/dei219.

Anwar, S. ve Anwar, A. (2016). Infertility: A review on causes, treatment and management. *Women's Health&Gynecology,* ***2(6),*** 2-5

Annon, J.S. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme For The Behavioral Treatment Of Sexual Problems. *Journal of Sex Education,* ***4(6),*** 81–88.

ASRM (2015). *Infertility: An overview*. American Society for Reproductive Medicine Infertility. Erişim: 20.05.2015. http://www.asrm.org/Booklet_Infertility_An_Overview/

Audu, B.M. (2002) Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. *Journal of Obstetrics Gynaecology*, ***22(6),*** 655-657.

Ayaz, S. ve Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of clinical nursing*, ***18(1),*** 89–98. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x

Bakhtiari, A., Basirat, Z. ve Aghajani, M.M.(2015). Sexual dysfunction in men seeking infertility treatment: The prevalence and associations. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*, ***1(3)***, 1-5. http://caspjrm.ir/article-1-71-en.html

Bal, D.N. (2014). Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* ***11(3),*** 38-42.

Banaei, M., Zahrani, S.T., Pormehr-Yabandeh, A., Ozgoli, G. ve Azad, M. (2016). Investigating the impact of counseling based on PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences*, ***5(3),***489-499.

Basile Fasolo, C., Mirone, V., Gentile, V., Parazzini, F., Ricci, E., Andrology Prevention Week centers, & Italian Society of Andrology (SIA). (2005). Premature ejaculation: prevalence and associated conditions in a sample of 12,558 men attending the andrology prevention week 2001--a study of the Italian Society of Andrology (SIA). *The journal of sexual medicine,* ***2(3),*** 376–382. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20350.x

Bayar, U., Basaran, M., Atasoy, N., Kokturk, F., Arikan, I. I., Barut, A. ve ark. (2014). Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association****, 64(2),*** 138–145.

Bayley, T.M., Slade, P. ve Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction, **24(11),*** 2827-37.

Bechoua, S., Hamamah, S. ve Scalici, E. (2016). Male infertility: an obstacle to sexuality?. *Andrology, **4(3),*** 395–403. https://doi.org/10.1111/andr.12160

Behboodi Moghadam, Z., Rezaei, E., Khaleghi Yalegonbadi, F., Montazeri, A., Arzaqi, S. M., Tavakol, Z. ve ark. (2015). The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. *Journal of research in health sciences, **15(2),*** 124–128.

Benksim, A., Elkhoudri, N., Addi, R. A., Baali, A. ve Cherkaoui, M. (2018). Difference between Primary and Secondary Infertility in Morocco: Frequencies and Associated Factors. *International journal of fertility & sterility, **12(2),*** 142–146. https://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5188

Benyamini, Y., Gozlan, M. Ve Kokia, E. (2005). Variability in the Difficulties Experienced by Women Undergoing Infertility Treatment. *Fertility and Sterility, **83,*** 275-283.
http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014

Benyamini, Y., Gozlan, M. ve Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British journal of health psychology, **14(1),*** 1–16. https://doi.org/10.1348/135910708X279288

Bergart A. M. (2000). The experience of women in unsuccessful infertility treatment: what do patients need when medical intervention fails?. *Social work in health care, **30(4),*** 45–69. https://doi.org/10.1300/J010v30n04_04

Berger, M. H., Messore, M., Pastuszak, A. W. Ve Ramasamy, R. (2016). Association Between Infertility and Sexual Dysfunction in Men and Women. *Sexual medicine reviews, **4(4),*** 353–365. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.05.002

Bilgin, Z. ve Kömürcü, N. (2016). Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni, **18(64),*** 48–55.

Biringer, E., Kessler, U., Howard, L. M., Pasupathy, D., & Mykletun, A. (2018). Anxiety, depression and probability of live birth in a cohort of women with self-reported infertility in the HUNT 2 Study and Medical Birth Registry of Norway. *Journal of psychosomatic research, **113,*** 1–7. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.07.001.

Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., & Alder, J. (2007). Sexual counseling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. *The journal of sexual medicine, **4(1),*** 29–37. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00395.x

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A. ve Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction, **22(6),*** 1506–1512. https://doi.org/10.1093/humrep/dem046

Boivin J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social science & medicine*, ***57(12),*** 2325–2341. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00138-2.

Bodur, N.E., Çoşar, B. Ve Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* ***38(1),*** 51-62.

Bojesen, A., Juul, S. ve Gravholt, C.H. (2003). Prenatal and postnatal prevalence of Klinefelter syndrome: a national registry study. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, ***88*****(2),** 622–626. https://doi.org/10.1210/jc.2002-021491

Boorjian, S., Hopps, C.V., Ghaly, S.W., Parker, M. and Mulhall, J.P. (2007), The utility of sildenafil citrate for infertile men with sexual dysfunction: a pilot study. *BJU International*, ***100,*** 603-606. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07038.x

Bowen J. Male *Sexual Dysfunction Triggered By Aspartam* http://www.dorway.com Erişim tarihi 24.02.2009.

Bradford, A., Fellman, B., Urbauer, D., Gallegos, J., Meaders, K., Tung, C., ve ark. (2015). Assessment of sexual activity and dysfunction in medically underserved women with gynecologic cancers. *Gynecologic Oncology*, ***139(1),*** 134-40.

Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S. ve Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *Journal of sex research*, ***52(1),*** 110–119. https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744

Bulletti, C., Coccia, M. E., Battistoni, S. ve Borini, A. (2010). Endometriosis and infertility. *Journal of assisted reproduction and genetics*, ***27(8),*** 441–447. https://doi.org/10.1007/s10815-010-9436-1.

Burns L. H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *The Psychiatric clinics of North America*, ***30(4),*** 689–716. https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.08.001

Buster J. E. (2013). Managing female sexual dysfunction. *Fertility and sterility*, ***100(4),*** 905–915. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.026

Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R. E. Ve Rosenwaks, Z. (2011). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertility and sterility*, ***95(2),*** 711–716. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.10.004

Chachamovich, J. L., Chachamovich, E., Ezer, H., Cordova, F. P., Fleck, M. M., Knauth, D. R. ve et al. (2010). Psychological distress as predictor of quality of life in men experiencing infertility: a cross-sectional survey. *Reproductive Health*, ***7,*** 3. https://doi.org/10.1186/1742-4755-7-3

Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F. ve Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***19(10),*** 2313–2318. https://doi.org/10.1093/humrep/deh414.

Chen, D., Zhang, J. P., Jiang, L., Liu, H., Shu, L., Zhang, Q. Ve ark. (2016). Factors that influence in vitro fertilization treatment outcomes of Chinese men: A cross-sectional study. *Applied nursing research*, ***32,*** 222–226. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.003.

Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C. ve ark. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, ***158(2),*** 235–241. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.04.032.

Child, T. (2013). Optimising the management of patients with infertility. *The Practitioner*, ***257*****(1759),** 19–3.

Chung, E. (2019). A Review of Current and Emerging Therapeutic Options for Erectile Dysfunction. *Medical sciences (Basel, Switzerland)*, ***7*****(9),** 91. https://doi.org/10.3390/medsci7090091

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2007). *Kadın Cinselliği*. Erişim 02.03.2016, https://www.cetad.org.tr/yayinlar/list/37/kadin-cinselligi

Clayton, A. H. ve Valladares Juarez, E. M. (2019). Female Sexual Dysfunction. *The Medical clinics of North America*, ***103*****(4),** 681–698. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.008

Coëffin-Driol, C. ve Giami, A. (2004). The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literatüre. *Gynecologie, obstetrique & fertilite*, ***32(7-8),*** 624–637. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2004.06.004.

Cortelazzi, D., Marconi, A., Guazzi, M., Cristina, M., Zecchini, B., Veronelli, A. ve ark. (2013). Sexual dysfunction in pre-menopausal diabetic women: clinical, metabolic, psychological, cardiovascular, and neurophysiologic correlates. *Acta diabetologica*, ***50(6),***911–917. https://doi.org/10.1007/s00592-013-0482-x.

Cousineau, T. M. ve Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, ***21*****(2),** 293–308. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003

Cserepes, R.E., Kollár, J., Sápy, T., Wischmann, T. ve Bugán, A. (2013). Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, ***288(4),*** 925-932. doı:10.1007/s00404-013-2835-7.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T. ve Reynolds, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, ***12(2),*** 137–148. https://doi.org/10.1002/wps.20038.

Cui, W. (2010). Mother or nothing: the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, ***88*****(12),** 881–882. https://doi.org/10.2471/BLT.10.011210.

Czyżkowska, A., Awruk, K. Ve Janowski, K. (2016). Sexual Satisfaction and Sexual Reactivity in Infertile Women: The Contribution of The Dyadic Functioning and Clinical Variables. *International journal of fertility & sterility*, ***9(4),*** 465–476. https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4604

Çelik, A. S. ve Kırca, N. (2018). Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyleri Ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***21*****(2),** 104-114.

Coşkuner Potur, D., Güngör Satılmış, İ., Doğan Merih, Y., Gün Kakaşçı, Ç., Demirci, N., & Ersoy, M. (2020). Does infertility affect the sexual function and sexual quality of life of women? A case control study. *International Journal of Sexual Health*, ***32(1),*** 22-32.

Çoban, T.K ve Dinç, A. (2013). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Klinik Araştırmalar Dergisi,* ***1(2)***, 46-53.

Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W. Ve ark. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***31(9),*** 2108–2118. https://doi.org/10.1093/humrep/dew123.

Davari Tanha, F., Mohseni, M. ve Ghajarzadeh, M. (2014). Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls. *International journal of impotence research*, ***26(4),*** 132–134. https://doi.org/10.1038/ijir.2013.51

Dawson, M. L., Shah, N. M., Rinko, R. C., Veselis, C., & Whitmore, K. E. (2017). The evaluation and management of female sexual dysfunction. *The Journal of family practice*, ***66(12),*** 722–728.

DeJong, J., Jawad, R., Mortagy, I. ve Shepard, B. (2005). The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reproductive health matters*, ***13*****(25),** 49–59. https://doi.org/10.1016/s0968-8080(05)25181-9

Deka, P.K. ve Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners (BJMP)*, ***3(3),*** 336-7

Demirci, N. ve Coşkuner Potur, D. (2017). İnfertilitede Temel Kavramlar, Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. İçinde N. Demirci ve N.K. Beji (Ed). *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı.* İstanbul: Nobel Kitapevi; 11-31.

Dixon, K. D. Ve Dixon, P. N. (2006). The PLISSIT Model: care and management of patients' psychosexual needs following radical surgery. *Lippincott's case management: managing the process of patient care*, ***11(2),*** 101–106. https://doi.org/10.1097/00129234-200603000-00008

Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A.W., McGee, H.M. (2011) 'Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland'. *European Journal Of Cardiovasvular Nursing*, ***10,*** 101-107.

Dooley, M., Dineen, T., Sarma, K. ve Nolan, A. (2014). The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner. *Human fertility (Cambridge, England)*, ***17*(3),** 203–209. https://doi.org/10.3109/14647273.2014.942390

Drosdzol, A. ve Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care, **13(3),*** 271–281. https://doi.org/10.1080/13625180802049187.

Dyer, S., Lombard, C. ve Van der Spuy, Z. (2009). Psychological distress among men suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***24*(11),** 2821–2826. https://doi.org/10.1093/humrep/dep278.

Egelioğlu-Çetişli, N., Serçekuş, P. ve Oğuz, N. (2014). Primer İnfertil Kadınlarda Cinsel Doyum ve Çift Uyumu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, **16(3),*** 38-47. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52739/695864.

Eisenberg, M. L., Lathi, R. B., Baker, V. L., Westphal, L. M., Milki, A. A. ve Nangia, A. K. (2013). Frequency of the male infertility evaluation: data from the national survey of family growth. *The Journal of urology*, ***189*(3),** 1030–1034. https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.08.239.

Elia, J., Delfino, M., Imbrogno, N., Mazzilli, MD. (2010). The impact of a diagnosis of couple subfertility on male sexual function. *Journal of Endocrinological Investigation*, ***33,*** 74–76. https://doi.org/10.1007/BF03346556.

El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H. ve ark. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, ***167*(2),** 185–189. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014.

Emec, Z. A., Apay, S. E., & Ozorhan, E. Y. (2017). Determination and comparison of sexual dysfunctions of women with and without infertility problems. *Sexuality and Disability*, ***35*(1),** 59-72.

Erbil, N., Bostan, Ö. ve Kahraman, A.N. (2010). İnfertil kadın ve erkeklerde umutsuzluk. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik, ***20***, 228-35

Ercevik Amado, L. (2004). Sexual and bodily rights as human rights in the Middle East and North Africa. *Reproductive health matters*, ***12*(23),** 125–128. https://doi.org/10.1016/s0968-8080(04)23119-6.

Facchin, F., Somigliana, E., Busnelli, A., Catavorello, A., Barbara, G., ve Vercellini, P. (2019). Infertility-related distress and female sexual function during assisted reproduction. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***34*(6),**1065–1073. https://doi.org/10.1093/humrep/dez046.

Farnam, F., Janghorbani, M., Raisi, F. ve Merghati-Khoei, E. (2014). Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in

Tehran, Iran: a randomized controlled trial. *The journal of sexual medicine*, ***11(11),*** 2679–2689. https://doi.org/10.1111/jsm.12659.

Ferraresi, S. R., Lara, L. A., de Sá, M. F., Reis, R. M. ve Rosa e Silva, A. C. (2013). Current research on how infertility affects the sexuality of men and women. *Recent patents on endocrine, metabolic & immune drug discovery*, ***7(3),*** 198–202. https://doi.org/10.2174/1872214811307999009.

Fisher, J. R. ve Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian journal of andrology*, ***14(1),*** 121–129. https://doi.org/10.1038/aja.2011.72.

Frank-Herrmann, P., Jacobs, C., Jenetzky, E., Gnoth, C., Pyper, C., Baur, S. ve ark. (2017). Natural conception rates in subfertile couples following fertility awareness training. *Archives of gynecology and obstetrics*, ***295*(4),**1015–1024. https://doi.org/10.1007/s00404-017-4294-z.

Friese, C., Becker, G. ve Nachtigall, R. D. (2006). Rethinking the biological clock: eleventh-hour moms, miracle moms and meanings of age-related infertility. *Social science medicine*, ***63*(6),** 1550–1560. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.034.

Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C. ve ark. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *Journal of psychosomatic research*, ***79*(1),** 69–75. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.014.

Furukawa, A.P., Patton, P.E., Amato, P., Li, H. ve Leclair, C.M.(2012). Dyspareunia and sexual dysfunction in women seeking fertility treatment. *Fertility and Sterility*, ***98(6),*** 1544-1548. http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.08.011.

Gabr, A. A., Omran, E. F., Abdallah, A. A., Kotb, M. M., Farid, E. Z., Dieb, A. S. ve ark. (2017). Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, ***217,*** 38–43. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.08.025.

Gallos, I. D., Eapen, A., Price, M. J., Sunkara, S. K., Macklon, N. S., Bhattacharya, S. ve ark. (2017). Controlled ovarian stimulation protocols for assisted reproduction: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***3,*** CD012586. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012586.

Ganguly, S., & Unisa, S. (2010). Trends of Infertility and Childlessness in India: Findings from NFHS Data. *Facts, views & vision in ObGyn*, ***2*(2),** 131–138.

Ganth, D.B., Thiyagarajan, S. ve Nigesh (2013). Role of Infertility, Emotional Intelligence and Resilience on Marital Satisfaction among Indian Couples. *International journal of applied psychology*, ***3,*** 31-37.

Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Shi, K., Hao, Z., Zhou, J. ve Liang, C. (2013). Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China. *The journal of sexual medicine*, ***10*(8),** 1935–1942. https://doi.org/10.1111/jsm.12207.

Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Xia, L., Yang, J. ve ark. (2013). Prevalence and factors associated with the complaint of premature ejaculation and the four premature ejaculation syndromes: a large observational study in China. *The journal of sexual medicine*, ***10*(7),** 1874–1881. https://doi.org/10.1111/jsm.12180.

Gereklioğlu, Ç., Başhan, İ. ve Akpınar, E. (2010). Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Aile Hekimliği Yaklaşımı. *Marmara Medical Journal, **23(2),*** 308-315.

Gillman, N. ve Gillman, M. (2019). Premature Ejaculation: Aetiology and Treatment Strategies. *Medical sciences (Basel, Switzerland), **7*(11),** 102. https://doi.org/10.3390/medsci7110102.

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. ve Vaslamatzis, G. (2011). Psychometric Proporties and Factor Structure of the Fertility Problem Inventory in A Sample of İnfertile Women Undergoing Fertility Treatment. *Midwifery, **27,*** 660- 667

Göcek Yorulmaz, E. ve Tekinsav Sütcü, G.S. (2016). İnfertilitede Bilişsel Davranışçı Grup Terapilerinin Etkililiği Sistematik Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, **8,*** 144-156.

Graugaard, C. (2017). Sexuality as a health-promoting factor — theoretical and clinical considerations. *Nat Rev Urol* **14,** 577–578 (2017). https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.117

Guermandi, E., Vegetti, W., Bianchi, M. M., Uglietti, A., Ragni, G., & Crosignani, P. (2001). Reliability of ovulation tests in infertile women. *Obstetrics and gynecology*, ***97*(1),** 92–96. https://doi.org/10.1016/s0029-7844(00)01083-8.

Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G, Yenilmez, Ç.(2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi, **22(3),*** 166-176.

Gülseren, L., Cetinay, P., Tokatlioglu, B., Sarikaya, O.O., Gulseren, S.ve Kurt, S. (2006). *The Journal of Reproductive Medicine, **51*(5),** 421-426.

Güngör, S., Başer, I., Ceyhan, S., Karaşahin, E. ve Acikel, C.H. (2007). Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *International Journal of Impotence Research, **19,*** 358–365. https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901546.

Güngör, İ. ve Beji, N. K. (2015). Güngör İ, Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşirelerinin Gelişen Rolleri ve Sertifikasyon Gereksinimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **23(2),*** 152-159.

Güngör, E. S., Seval, O., Ilhan, G., & Verit, F. F. (2018). Effect of intrauterine insemination treatment on sexual function and quality of life for infertile women. *Pakistan journal of medical sciences*, ***34*(4)**, 891–896. https://doi.org/10.12669/pjms.344.14789.

Gürkan, L., Raynor, M.C., Hellstrom, J.G. (2009). Sex and infertile male. Seminars in Reproductive Medicine, ***27,*** 186-219.

Gürgan, T., Gülerman, C. ve Özyer, Ş. (2017). IVF sikluslarında kontrollü ovaryan stimülasyon. *Türk Üreme Tıbbı ve Cerrahisi Dergisi*,***1(1)***, 42-53

Hakanson, C., Douglas, C., Robertson, J. ve Lester, L. (2014). *Evaluation of a rural nurse-led clinic for female sexual dysfunction. Australian Journal of Rural Health, **22(1),** 33–39.* doi:10.1111/ajr.12076.

Hassanin, I. M., Helmy, Y. A., Fathalla, M. M. ve Shahin, A.Y. (2010). Prevalence and characteristics of female sexual dysfunction in a sample of women from Upper Egypt. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, ***108*(3),** 219–223. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.09.031.

Hassanzadeh, K., Yavari-kia, P., Ahmadi-Asrbadr, Y., Nematzadeh-Pakdel, A. ve Alikhah, H. (2010). Features of premature ejaculation in infertile men. *Pakistan journal of biological sciences : PJBS*, ***13(18),*** 911–915. https://doi.org/10.3923/pjbs.2010.911.915.

Heidari, M., Aminshokravi, F., Zayeri, F. ve Azin, S. A. (2018). Effect of Sexual Education on Sexual Function of Iranian Couples During Pregnancy: A Quasi Experimental Study. *Journal of reproduction & infertility*, ***19(1),*** 39–48.

Henderson, A. W., Lehavot, K. ve Simoni, J. M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of sexual behavior*, ***38(1),*** 50–65. https://doi.org/10.1007/s10508-008-9384-3. .

Heredia, M., Tenı´as, JM., Rocio, R., Amparo, F., Calleja, M.A. ve Valenzuela JC. (2013). Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, Reproductive Biology*, ***167,*** 176–180.

Higgins, J. A., Trussell, J., Moore, N. B. ve Davidson, J. K. (2010). Virginity lost, satisfaction gained? Physiological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *Journal of sex research*, ***47*(4),** 384–394. https://doi.org/10.1080/00224491003774792.

Hisasue, S., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Kato, R. ve ark. (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*, ***65(1),*** 143–148. https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.08.003.

Hisli, N. (1989). The validity and reliability of the Beck Depression Inventory for university students. Journal Psychology, ***7,*** 3–13.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. ve Möller, A. (2006). First IVF treatment--short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***21*(12),** 3295–3302. https://doi.org/10.1093/humrep/del288.

Hoy, M., Strauß, B., Kröger, C., & Brenk-Franz, K. (2019). Überprüfung der deutschen Kurzversion der „New Sexual Satisfaction Scale“ (NSSS-SD) in einer repräsentativen

Stichprobe [Evaluation of the German Short Version of the "New Sexual Satisfaction Scale" (NSSS-SD) in a Representative Sample]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, ***69*(3-04),** 129–135. https://doi.org/10.1055/a-0620-0002.

Inhorn, M. C. (2003). Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Social science & medicine*, ***56*(9),** 1837–1851. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00208-3.

Ishak, W. W. ve Tobia, G. (2013). DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions. *Reproductive System & Sexual Disorders*, ***2,*** 122.

İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, ***3,*** 3-13

İncesu, C. (2011). Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, ***48 (Özel Sayı 1),*** 1-6

Jackson, G., Rosen, R. C., Kloner, R. A. ve Kostis, J. B. (2006). The second Princeton consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *The journal of sexual medicine*, ***3(1),*** 28–36. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00196.x.

Jain, K., Radhakrishnan, G. ve Agrawal, P. (2000). Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian journal of medical sciences*, ***54*(1),** 1–7.

Jamali, S., Zarei, H. ve Rasekh Jahromi, A. (2014). The relationship between body mass index and sexual function in infertile women: A cross-sectional survey. *Iranian journal of reproductive medicine*, ***12*(3),** 189–198.

Jansen, N.A. ve Saint Onge, J.M. (2015). An internet forum analysis of stigma power perceptions among women seeking fertility treatment in the United States. *Social Science Medicine*,***147,*** 184-189. doı:10.1016/j.socscimed.2015.11.002.

Jarvi, K., Lo, K., Fischer, A., Grantmyre, J., Zini, A., Chow, V. ve ark. (2010). CUA Guideline: The workup of azoospermic males. *Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada*, ***4(3),*** 163–167. https://doi.org/10.5489/cuaj.10050.

Jensen, C., Østergren, P., Dupree, J. M., Ohl, D. A., Sønksen, J. Ve Fode, M. (2017). Varicocele and male infertility. *Nature reviews. Urology*, ***14(9),*** 523–533. https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.98.

Jenkins, L.C. ve Mulhall, J.P (2015). The New Business of ED Therapy. *International Society for Sexual Medicine,* ***12 (12),*** 2223–2225. doi:10.1111/jsm.13051.

Jha, S. ve Thakar, R. (2010). Female sexual dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, ***153,***117–23.

Ji, J. ve Norling, A. M. (2004). Sexual Satisfaction of Married Urban Chinese. *Journal of Developing Societies*, ***20(1–2),*** 21–38. https://doi.org/10.1177/0169796X04048301.

Joffe, H. V., Chang, C., Sewell, C., Easley, O., Nguyen, C., Dunn, S., Lehrfeld, K., Lee, L., Kim, M. J., Slagle, A. F., & Beitz, J. (2016). FDA Approval of Flibanserin--Treating Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The New England journal of medicine*, ***374*(2),** 101–104. https://doi.org/10.1056/NEJMp1513686.

Jumayev, I., Harun-Or-Rashid, M., Rustamov, O., Zakirova, N., Kasuya, H. ve Sakamoto, J. (2012). Social correlates of female infertility in Uzbekistan. *Nagoya journal of medical science*, ***74(3-4),*** 273–283.

Jungwirth, A., Giwercman, A., Tournaye, H., Diemer, T., Kopa, Z., Dohle, G. ve ark. (2012). European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. *European urology*, ***62*(2),** 324–332. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.04.048.

Kaplan, M. ve Pacelli, R. (2011). The sexuality discussion: tools for the oncology nurse. *Clinical journal of oncology nursing*, ***15*(1),** 15–17. https://doi.org/10.1188/11.CJON.15-17.

Kaplan, C. (2009). Assessing & managing female sexual dysfunction. *The Nurse practitioner*, ***34(1),*** 42–50. https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000343753.91593.04.

Karaca, A. ve Ünsal, G. (2015). Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian nursing research*, ***9*(3),** 243–250. https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.007.

Karanisoğlu, H. ve Yazıcı, S. (2009). Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. İçinde N.K. Beji (Ed). *İnfertilite Hemşireliği.* İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş.; 69-88

Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sütçigil, L., Özmenler,K.N. ve ark.(2007). Is There Gender Difference in Infertile Couples With no Axis One Psychiatric Disorder in Context of Emotional Symptoms, Social Support and Sexual Function?. *Turkish Journal of Psychiatry*, ***18(4),*** 311-322.

Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, ***23*(1),** 238–241. https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.101.

Kazandi, M., Gunday, O., Mermer, T. K., Erturk, N. ve Ozkınay, E. (2011). The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iranian journal of reproductive medicine*, ***9*(2),** 99–104.

Kendirci, M. ve Hellstrom, W.J.G. (2006). Retrograde ejaculation: Etiology, diagnosis, and management. *Current Sexual Health Reports*, ***3*,(3),** 133–8.

Keramat, A., Masoomi, S. Z., Mousavi, S. A., Poorolajal, J., Shobeiri, F. ve Hazavhei, S.M. (2014). Quality of life and its related factors in infertile couples. *Journal of research in health sciences*, ***14*(1),** 57–63.

Keshavarz, F., Mosalanejad, L., Ghavi, F., Abdollahifard, S. ve Khodabakhshi Koolaee, A. (2018). Coping Strategies and Perceived Stress in Infertile Couples. Journal of Client-Centered Nursing Care, ***4(2),*** 80-87 http://jccnc.iums.ac.ir/article-1-174-en.htm.

Keskin, U., Coksuer, H., Gungor, S., Ercan, C. M., Karasahin, K. E. ve Baser, I. (2011). Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertility and sterility*, ***96(5),*** 1213–1217. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.08.007.

Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M. ve Ghaemi, M. (2008). Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *The journal of sexual medicine*, ***5(6),*** 1402–1410. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00687.x.

Khakbazan, Z., Daneshfar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Nabavi, S. M., Ghasemzadeh, S. ve Mehran, A. (2016). The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active. *Multiple sclerosis and related disorders*, ***8,*** 113–119. https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.05.007.

Kılıç, M. (2019). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in healthy women in Turkey. *African health sciences*, ***19*****(3)**, 2623–2633. https://doi.org/10.4314/ahs.v19i3.38.

Kırca, N. ve Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, ***5,*** 162-178.

Kim, J. H., Shin, H. S. ve Yun, E. K. (2018). A Dyadic Approach to Infertility Stress, Marital Adjustment, and Depression on Quality of Life in Infertile Couples. *Journal of holistic nursing :official journal of the American Holistic Nurses' Association*, ***36*****(1),** 6–14. https://doi.org/10.1177/0898010116675987.

Kingsberg, S. A., & Janata, J. W. (2007). *Female Sexual Disorders: Assessment, Diagnosis, and Treatment. Urologic Clinics of North America, **34(4),** 497–506.* doi:10.1016/j.ucl.2007.08.016.

Kirca, N. ve Pasinlioglu, T. (2019). The effect of yoga on stress level in infertile women. *Perspectives in psychiatric care*, ***55(2),*** 319–327. https://doi.org/10.1111/ppc.12352.

King, R.B. (2003). Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Social Science & Medicine, **56(4)***, 739-751. doi:10.1016/s0277-9536(02)00069-2.

Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being-a nationwide survey. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, ***89*****(5),** 677–682. https://doi.org/10.3109/00016341003623746.

Koçyiğit O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, ***1(1),*** 27-38.

Kucur Suna, K., Ilay, G., Aysenur, A., Kerem Han, G., Eda Ulku, U., Pasa, U., & Fatma, C. (2016). Effects of Infertility Etiology and Depression on Female Sexual Function. *Journal of sex & marital therapy*, ***42*(1),** 27–35. https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1010673.

Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, ***4(12),*** 111-136.

Krakowsky, Y. ve Grober, E. D. (2018). A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada*, ***12*(6),** 211–216. https://doi.org/10.5489/cuaj.4907.

Kumar, D. (2007). Prevalence of female infertility and its socio-economic factors in tribal communities of Central India. *Rural and remote health*, ***7*(2),** 456.

Lara, L. A., Salomao, P. B., Romao, A. P., Reis, R. M., Navarro, P. A., Rosa-e-Silva, A. C. ve ark. (2015). Effect of infertility on the sexual function of couples: state of the art. *Recent patents on endocrine, metabolic immune drug discovery*, ***9*(1),** 46–53. https://doi.org/10.2174/1872214809666150416151811.

Larsen U. (2000). Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa. *International journal of epidemiology*, ***29*(2),** 285–291. https://doi.org/10.1093/ije/29.2.285.

Laumann, E. O., Paik, A. ve Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, ***281*(6),** 537–544. https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537.

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E. ve ark. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International journal of impotence research*, ***17*(1),** 39-57.

Laumann, E. O., Glasser, D. B., Neves, R. C., Moreira, E. D., Jr. ve GSSAB Investigators' Group (2009). A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *International journal of impotence research*, ***21*(3),** 171–178. https://doi.org/10.1038/ijir.2009.7.

Lamont, J. (2012). Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, ***34*(8),** 769–775. https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35341-5.

Lee, T. Y., Sun, G. H. ve Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***16*(8),** 1762–1767. https://doi.org/10.1093/humrep/16.8.1762.

Lee, H. S. ve Seo, J. T. (2012). Advances in surgical treatment of male infertility. *The world journal of men's health*, ***30*(2),** 108–113. https://doi.org/10.5534/wjmh.2012.30.2.108.

Leiblum, S. R. ve Goldmeier, D. (2008). Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with anti-depressant usage and withdrawal. *Journal of sex & marital therapy*, ***34*****(2),** 150–159. https://doi.org/10.1080/00926230701636205.

Libraro JL. (2010). YÜT hemşiresinin gelişen rolü: güncel bir inceleme. Çeviren: Baysal B, Baştu E. In: Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z, Yardımla üreme teknikleri temel kitabı: laboratuar ve klinik görüşler. Çeviri editörü: İrez T, Arda O, Kaleli S, İstanbul, 891–899.

Lo, S.S. ve Kok, W.M. (2016). Sexual functioning and quality of life of Hong Kong Chinese women with infertility problem. *Human fertility (Cambridge, England)*, ***19*****(4),** 268–274. https://doi.org/10.1080/14647273.2016.1238516.

Lois, D. ve Arránz Becker, O. (2014). Is fertility contagious? Using panel data to disentangle mechanisms of social network influences on fertility decisions. *Advances in life course research*, ***21,*** 123–134. https://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.10.001.

Lok, I. H., Lee, D. T., Cheung, L. P., Chung, W. S., Lo, W. K. ve Haines, C. J. (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecologic and obstetric investigation*, ***53*****(4),** 195–199. https://doi.org/10.1159/000064560.

Lo, S. S. ve Kok, W. M. (2016). Sexual functioning and quality of life of Hong Kong Chinese women with infertility problem. *Human fertility (Cambridge, England)*, ***19*****(4)**, 268–274. https://doi.org/10.1080/14647273.2016.1238516.

Lotti, F., Corona, G., Rastrelli, G., Forti, G., Jannini, E. A. ve Maggi, M. (2012). Clinical correlates of erectile dysfunction and premature ejaculation in men with couple infertility. *The journal of sexual medicine*, ***9*****(10),** 2698–2707. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02872.x.

Lotti, F., Maseroli, E., Fralassi, N., Degl'Innocenti, S., Boni, L., Baldi, E. ve ark. (2016). Is thyroid hormones evaluation of clinical value in the work-up of males of infertile couples? Human Reproduction, ***31,*** 518–529.

Lotti, F., Corona, G., Castellini, G., Maseroli, E., Fino, M. G., Cozzolino, M. ve ark. (2016). Semen quality impairment is associated with sexual dysfunction according to its severity. *Human reproduction*, ***31*****(12),** 2668–2680. https://doi.org/10.1093/humrep/dew246.

Lotti, F. ve Maggi, M. (2018). Sexual dysfunction and male infertility. *Nature reviews. Urology*, ***15*****(5),** 287–307. https://doi.org/10.1038/nrurol.2018.20.

Luk, B. H. ve Loke, A. Y. (2015). The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *Journal of sex & marital therapy*, ***41*****(6),** 610–625. https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789.

Luk, B. ve Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*, ***37*****(2),** 108–122. https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1529407.

Magnan, M. A., Reynolds, K. E. ve Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg nursing:official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, ***14*****(5),** 282–290.

Mahadeen, A. I., Hamdan-Mansour, A. M., Habashneh, S. A. ve Dardas, L. A. (2020). Sexual Satisfaction Among Infertile Couples: Demographics and Psychosocial Health Factors. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, ***58*****(9),** 40–47. https://doi.org/10.3928/02793695-20200812-01.

Mahmodi, Y. ve Valiee, S. (2016). A clinical trial of the effect of sexual health education on the quality of life of married Muslim women in Iran. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, ***29*****(1),** e18–e22. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.001.

Malmborg, A., Persson, E., Brynhildsen, J. ve Hammar, M. (2016). Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *The European journal of contraception & reproductive health care:the official journal of the European Society of Contraception*, ***21*****(2),** 158–167. https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1079609.

Marci, R., Graziano, A., Piva, I., Lo Monte, G., Soave, I., Giugliano, E. ve ark. (2012). Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure?. *Health and quality of life outcomes*, ***10*****,** 140. https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-140.

Malary, M., Pourasghar, M., Khani, S., Moosazadeh, M., & Hamzehgardeshi, Z. (2016). Psychometric Properties of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female for Diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder: The Persian Version. *Iranian journal of psychiatry*, ***11*****(4),** 262–268.

Marci, R., Graziano, A., Piva, I., Lo Monte, G., Soave, I., Giugliano, E., M. ve ark. (2012). Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure?. *Health and quality of life outcomes*, ***10*****,** 140. https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-140.

Martins, M. V., Peterson, B. D., Costa, P., Costa, M. E., Lund, R. ve Schmidt, L. (2013). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, ***30*****(4),** 371–388. https://doi.org/10.1177/0265407512456672.

Marvi, N., Golmakani, N., Miri, H. H. ve Esmaily, H. (2019). The Effect of Sexual Education based on Sexual Health Model on the Sexual Function of Women with Infertility. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, ***24*****(6),** 444–450. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_199_17.

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S. ve Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS medicine*, ***9*****(12),** e1001356. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356.

Masoumi, S. Z., Garousian, M., Khani, S., Oliaei, S. R. ve Shayan, A. (2016). Comparison of Quality of Life, Sexual Satisfaction and Marital Satisfaction between Fertile and

Infertile Couples. *International journal of fertility sterility*, ***10*(3),** 290–296. https://doi.org/10.22074/ijfs.2016.5045.

Masoumi, S. Z., Khani, S., Kazemi, F., Kalhori, F., Ebrahimi, R. ve Roshanaei, G. (2017). Effect of Marital Relationship Enrichment Program on Marital Satisfaction, Marital Intimacy, and Sexual Satisfaction of Infertile Couples. *International journal of fertility & sterility*, ***11*(3),** 197–204. https://doi.org/10.22074/ijfs.2017.4885.

Masters, W.H. ve Johnson. V.(1966). Human sexual response. Boston: Little, Brown & Co.

Matsubayashi, H., Hosaka, T., Shun-ichiro, I., Takahiro, S. ve Makino, T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, ***16,*** 966-969.

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., Lewis, R., & Segraves, R. T. (2016). Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, ***13*(2),** 135–143. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019.

McCabe, M., Althof, S. E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S. R., Simonelli, C., & Wylie, K. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The journal of sexual medicine*, ***7,*** 327–336. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x.

McFarland, M. J., Uecker, J. E. ve Regnerus, M. D. (2011). The role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: evidence from married and unmarried older adults. *Journal of sex research*, ***48*(2-3),** 297–308. https://doi.org/10.1080/00224491003739993.

McGlynn, K. A., Graubard, B. I., Klebanoff, M. A. ve Longnecker, M. P. (2006). Risk factors for cryptorchism among populations at differing risks of testicular cancer. *International Journal Of Epidemiology*, ***35*(3),** 787–795. https://doi.org/10.1093/ije/dyl024.

Mendonça, C. R., Arruda, J. T. ve Amaral, W. N. (2014). Função sexual de mulheres submetidas à reprodução assistida [Sexual function in women undergoing assisted reproduction.]. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia:revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, ***36*(11),** 484–488.

Meran, H.E.P., Kızılkaya, B.N. (2016). İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. *Androloji Bülteni,* ***18(64),*** 60–**64.**

Mick, J. M. (2007). Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clinical journal of oncology nursing*, ***11*(5),** 671–675. https://doi.org/10.1188/07.CJON.671-675.

Miner, M. M. ve Kuritzky, L. (2007). Erectile dysfunction: a sentinel marker for cardiovascular disease in primary care. *Cleveland Clinic journal of medicine*, ***74(3),*** 30–37. https://doi.org/10.3949/ccjm.74.suppl_3.s30.

Millheiser, L. S., Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A. ve Lathi, R. B. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and sterility*, ***94*(6),** 2022–2025. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.01.037.

Mitchell, A., Mittelstead, M.N., Wagner, C. (2005). A survey of nurses who practice in infertility settings. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, ***34***(5), 561-568.

Mohammadi, M., Samani, R. O., Navid, B., Maroufizadeh, S. ve Sabeti, S. (2018). Coping strategy in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment. *Middle East Fertility Society Journal*, ***23*(4),** 482–485. https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.07.004.

Mohammadzadeh, F., Hajizadeh, E., Rasekhi, A. ve Omani-Samani, R. (2019). Identification of associated risk factors for the severity of generalized anxiety disorder among Iranian infertile people: An ordinal regression analysis with a flexible link function. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, ***24*,** 64. https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_790_18.

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S.E., Stein, M. ve Ganiats T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology. ***63*(1),** 126-130. doi: 10.1016/j.urology.2003.09.015.

Montorsi, F., Adaikan, G., Becher, E., Giuliano, F., Khoury, S., Lue, T. F. ve ark. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *The journal of sexual medicine*, ***7*(11),** 3572–3588. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02062.x.

Moreira, E. D., Glasser, D. B., Nicolosi, A., Duarte, F. G., Gingell, C. ve GSSAB Investigators' Group (2008). Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU international*, ***101*(8),** 1005–1011. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2008.07453.x.

Moreira, S., Tertulino, F., Nogueira e Silva, C. A., Oliveira, A. G., Tomaz, G., ve Azevedo, G. D. (2005). Psicological aspects in infertile women. *Acta Cirurgica Brasileira*, ***20(1),*** 152–158.

Murray, S. H. ve Milhausen, R. R. (2012). Sexual desire and relationship duration in young men and women. *Journal of sex & marital therapy*, ***38*(1),**28–40. https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569637.

Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H., Tomić, J. ve Kuna, K. (2020). Infertility-related stress and sexual satisfaction: a dyadic approach. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, ***23,*** 1–8. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1752658.

Nappi, R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L.ve Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, ***94,*** 87–91. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.013.

Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M. ve Mulhall, J. P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in

female partners of infertile couples. *The journal of sexual medicine*, ***5*(8),**1907–1914. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x.

Nho, J. H. (2013). Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *Journal of Korean Academy of Nursing*, ***43*(5),** 681–689. https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.681.

NICE (2010). "*Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems*". In Clinical guideline London: National Institute for Clinical Excellence. Erişim Tarihi: 08.10.2010 http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG011publicinfoenglish.pdf.

NICE (2013). *Fertility problems: assessment and treatment*. In Clinical guideline. London: National Institute for Clinical Excellence Erişim:06.09.2017 https://www.nice.org.uk/guidance/cg156.

Norré, J. ve Wischmann, T. (2011). The position of the fertility counsellor in a fertility team: a critical appraisal. *Human fertility (Cambridge, England)*, ***14*(3),** 154–159. https://doi.org/10.3109/14647273.2011.580824.

O'Brien, J. H., Lazarou, S., Deane, L., Jarvi, K. ve Zini, A. (2005). Erectile dysfunction and andropause symptoms in infertile men. *The Journal of urology*, ***174*(5),** 1932–1934. https://doi.org/10.1097/01.ju.0000177453.14334.a2.

Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongières, C. ve Nisand, I. (2009). Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité [Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality]. *Gynecologie, obstetrique & fertilite*, ***37*(1),** 25–32. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.08.012.

O'Keefe, E. J. (2005). The evolution of sexual health nursing in Australia: a literature review. *Sexual Health, **2(1),** 33.* doi:10.1071/sh04010.

Oladeji, S. ve OlaOlorun, A. (2018). Depression among infertile women in Ogbomosoland. *South African Family Practice*, ***60*(2),** 41-45. doi:**https://doi.org/10.4102/safp.v60i2.4865**

Oniz, A., Keskinoglu, P., & Bezircioglu, I. (2007). The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The journal of sexual medicine*, ***4*(6),** 1575–1581. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00606.x.

Oskay, U. Y., Beji, N. K. ve Serdaroglu, H. (2010). The Issue of Infertility and Sexual Function in Turkish Women. *Sexualıty And Disability*, ***28,*** 71-79.

Oksuz, E. ve Malhan, S. (2005). Reliability and validity of the Female Sexual Function Index in Turkish population. *Sendrom*, ***17(7),*** 54-60.

Oksuz, E. ve Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of urology*, ***175*(2),** 654–658. https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00149-7.

Özcan, H. ve Beji, N.K. (2018). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: 2018 güncelleme. Androloji Bülteni, ***20*(4),** 133−137

Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, O. ve Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, ***8*(2),** 140-148

Pacheco Palha, A. ve Lourenço, M. F. (2011). Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. *Advances in psychosomatic medicine*, 31, 164–183. https://doi.org/10.1159/000328922.

Pakpour, A. H., Yekaninejad, M. S., Zeidi, I. M., & Burri, A. (2012). Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women. *Archives of gynecology and obstetrics*, ***286*(6),** 1589–1596. https://doi.org/10.1007/s00404-012-2489-x.

Pan, B. (2017). Effect of Infertility on Sexual Function of Women. *The Journal of Sexual Medicine, **14(1),*** 54. doi:10.1016/j.jsxm.2016.11.118.

Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Iraklidou, M., Athanasiadis, L., & Hatzichristou, D. (2005). Women's sexual concerns: data analysis from a help-line. *The journal of sexual medicine*, ***2*(5),** 652–657. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00116.x.

Patel, A., Sharma, P. S., Narayan, P., Nair, B. V., Narayanakurup, D., & Pai, P. J. (2016). Distress in Infertile Males in Manipal-India: A Clinic Based Study. *Journal of reproduction & infertility*, ***17*(4),** 213–220.

Patel, A., Sharma, P. S., Narayan, P., Binu, V. S., Dinesh, N., & Pai, P. J. (2016). Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of human reproductive sciences*, ***9*(1),** 28–34. https://doi.org/10.4103/0974-1208.178630.

Payne, D. ve Goedeke, S. (2007). Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. Journal of Advanced Nursing, ***60,*** 645-653. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04451.x.

Penhollow, T. M., Young, M., & Denny, G. (2009). Predictors of quality of life, sexual intercourse, and sexual satisfaction among active older adults. *American Journal of Health Education*, ***40*(1),** 14-22.

Peronace, LA, Boivin, J, Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, ***28* (2),** 105-114.

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J. ve Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human reproduction*, ***24*(7),** 1656–1664. https://doi.org/10.1093/humrep/dep061.

Peterson BD, Newton CR, Feingold T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and sterility*, ***88*(4),** 911-914

Peyromusavi, F., Barouni, M., Naderi, T. ve Shahravan, A. (2015). Factors Affecting Response to Infertility Treatment: Case of Iran. *Global journal of health science*, ***8*(1),** 118–123. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p118.

Phillips N. A. (2000). Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *American family physician*, ***62*(1),** 127–142.

Pierik, F. H., Van Ginneken, A. M., Dohle, G. R., Vreeburg, J. T. ve Weber, R. F. (2000). The advantages of standardized evaluation of male infertility. *International journal of andrology*, *23*(6), 340–346. https://doi.org/10.1046/j.1365-2605.2000.00250.x.

Pontiroli, A. E., Cortelazzi, D. ve Morabito, A. (2013). Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, ***10*(4),** 1044–1051. https://doi.org/10.1111/jsm.12065.

Ponholzer, A., Roehlich, M., Racz, U., Temml, C. ve Madersbacher, S. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European urology*, ***47*(3),** 366–375. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.005.

Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R. C., Gaynor, L., Grupe, S. ve Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and Professional help-seeking. *European urology*, ***51*(3),** 816–824. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.07.004.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2013). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and sterility*, ***99*(1),** 63. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.023.

Punab, M., Poolamets, O., Paju, P., Vihljajev, V., Pomm, K., Ladva, R. ve ark. (2017). Causes of male infertility: a 9-year prospective monocentre study on 1737 patients with reduced total sperm counts. *Human reproduction*, ***32*(1),** 18–31. https://doi.org/10.1093/humrep/dew284.

Rainer, H. ve Smith, I. (2012). Education, communication and wellbeing: An application to sexual satisfaction. *Kyklos*, ***65*(4),** 581-598.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M. ve (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*, ***4*(1),** 9. https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Jafarabadi, M. ve Zayeri, F. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*, ***85,*** 139–143. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.07.1285.

Ramazanzadeh, F., Noorbala, A.A., Abedinia, N. ve Naghizadeh, M.M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples: Systematic review article. *Iranian Journal of Reproductive Medicine, **7,*** 97-103.

Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI

treatment. *BMC health services research*, ***8,*** 186. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-186.

Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ (Clinical research ed.)*, ***329*(7465),** 559–561. https://doi.org/10.1136/bmj.329.7465.559.

Read, S. C., Carrier, M. E., Boucher, M. E., Whitley, R., Bond, S. ve Zelkowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: what do couples really want ?. *Patient education and counseling*, ***94*(3),** 390–395. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.025.

Reichman, D. E., Zakarin, L., Chao, K., Meyer, L., Davis, O. K. ve Rosenwaks, Z. (2014). Diminished ovarian reserve is the predominant risk factor for gonadotropin-releasing hormone antagonist failure resulting in breakthrough luteinizing hormone surges in in vitro fertilization cycles. *Fertility and sterility*, ***102*(1),** 99–102. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.04.010.

Rivalta, M., Sighinolfi, M. C., Micali, S., De Stefani, S. ve Bianchi, G. (2010). Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *The journal of sexual medicine*, ***7*(3),** 1200–1208. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01676.x.

Rohina, S., Vineet, V., Navin, A., Nital, H., Vrushali, V. ve Anil, F. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Infertile Females. *Bangladesh Journal of Obstetrics & Gynaecology*, ***28*(1),** 26-30. https://doi.org/10.3329/bjog.v28i1.29936.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R. ve ark. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, ***26*(2),**191–208. https://doi.org/10.1080/009262300278597.

Rostamkhani, F., Jafari, F., Ozgoli, G. ve Shakeri, M. (2015). Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, ***20*(1),** 139–146.

Royal College of Nursing. (2011). *Competences: Specialist competences for fertility nurses*. London: Royal College of Nursing, 1-36.

Rutte, A., Van Oppen, P., Nijpels, G., Snoek, F. J., Enzlin, P., Leusink, P. ve ark. (2015). Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC family practice*, ***16,*** 69. https://doi.org/10.1186/s12875-015-0283-0.

Sahebalzamani, M., Mostaedi, Z., Farahani, H. ve Sokhanvar, M. (2018). Relationship between Health Literacy and Sexual Function and Sexual Satisfaction in Infertile Couples Referred to The Royan Institute. *International Journal of Fertility & Sterility*, ***12*(2),** 136-141. doi:10.22074/ijfs.2018.5185.

Salazar-Molina, A., Klijn, T. P., & Delgado, J. B. (2015). Sexual satisfaction in couples in the male and female climacteric stage. *Cadernos de saude publica*, ***31*(2),** 311–320. https://doi.org/10.1590/0102-311x00051214.

Saleh, R. A., Ranga, G. M., Raina, R., Nelson, D. R. ve Agarwal, A. (2003). Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertility and sterility*, ***79*(4),** 909–912. https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)04921-x.

Samani, R., Almasi-Hashiani, A., Shokri, F., Maroufizadeh, S., Vesali, S. ve Sepidarkish, M. (2017). Validation study of the Fertility Problem Inventory in Iranian infertile patients. *Middle East Fertility Society Journal*, ***22(1), 48-53*** doi: 10.1016/j.mefs.2016.07.002.

Sánchez-Fuentes, MM., Santos-Iglesias, P. ve Sierra, J.C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *Intern J Clin and Health Psychol* ***14,*** 67-75.

Saunamäki, N., Andersson, M. ve Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of advanced nursing*, ***66*(6),** 1308–1316. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x.

Schankath, A.C., Fasching, N., Urech-Ruh, C., Hohl, M.K. ve Kubik-Huch, R.A. (2012). Hysterosalpingography in the workup of female infertility: indications, technique and diagnostic findings. *Insights into imaging*, ***3*(5),** 475–483. https://doi.org/10.1007/s13244-012-0183-y.

Schmidt L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Danish medical bulletin*, ***53*(4),** 390–417.

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. ve Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient education and counseling*, ***59*(3),** 244–251. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.015.

Schorsch, M., Gomez, R., Hahn, T., Hoelscher-Obermaier, J., Seufert, R. ve Skala, C. (2013). Success Rate of Inseminations Dependent on Maternal Age? An Analysis of 4246 Insemination Cycles. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde,* ***73(08),*** *808–811*. doi:10.1055/s-0033-1350615.

Schweiger, U., Schweiger, J. ve Schweiger, J. (2018). Mental Disorders and Female Infertility. Archives Of Psychology, ***2(6).*** https://archivesofpsychology.org/index.php/aop/article/view/73

Scoccia, B., & Ryden, J. (2009). Infertility. In J. Ryden, & P. D. Blumenthal (Eds.), Practical gynecology: A guide for the primary care physician (pp. 461–486). Philadelphia, PA: American College of Physicians–American Society of Internal Medicine

Scott, V. C., Sandberg, J. G., Harper, J. M., & Miller, R. B. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*, ***34*(3),** 376-390.

Serefoglu, E.C., Cimen, H.I., Atmaca, A.F. ve Balbay, M.D. (2010), The Distribution of Patients Who Seek Treatment for the Complaint of Ejaculating Prematurely According to the Four Premature Ejaculation Syndromes. The Journal of Sexual Medicine, ***7,*** 810-815. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01570.x.

Serefoglu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Althof, S. E., Shindel, A., Adaikan, G., ve ark. (2014). An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second international society for sexual medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *Sexual medicine*, ***2*****(2),** 41–59. https://doi.org/10.1002/sm2.27.

Seymenler, S. ve Siyez, D.M. (2018). İnfertilite psikolojik danışmanlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* ***10(2),*** 176-87.

Shahraki, Z., Tanha, F. D. ve Ghajarzadeh, M. (2018). Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC women's health*, ***18*****(1),** 92. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0584-2.

Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M. ve Mulhall, J. P. (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *The Journal of urology*, ***179*****(3),** 1056–1059. https://doi.org/10.1016/j.juro.2007.10.069.

Shin, D., Pregenzer, G.Jr. ve Gardin, J. M. (2011). Erectile dysfunction: a disease marker for cardiovascular disease. *Cardiology in review*, ***19*****(1),** 5–11. https://doi.org/10.1097/CRD.0b013e3181fb7eb8.

Shoji, M., Hamatani, T., Ishikawa, S., Kuji, N., Ohta, H., Matsui, H. ve ark. (2014). Sexual satisfaction of infertile couples assessed using the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Scientific reports*, ***4,*** 5203. https://doi.org/10.1038/srep05203.

Sidi, H., Puteh, S. E., Abdullah, N. ve Midin, M. (2007). The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *The journal of sexual medicine*, ***4*****(2),** 311–321. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00319.x.

Singh, J. C., Tharyan, P., Kekre, N. S., Singh, G. ve Gopalakrishnan, G. (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of postgraduate medicine*, ***55*****(2**), 113–120. https://doi.org/10.4103/0022-3859.52842.

Sis Çelik, A. ve Kırca, N. (2018). Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***21,*** 104-114.

Smith, W. J., Beadle, K., & Shuster, E. J. (2008). The impact of a group psychoeducational appointment on women with sexual dysfunction. *American journal of obstetrics and gynecology*, ***198*****(6**), 697-697. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.028.

Smith, N. K., Madeira, J., & Millard, H. R. (2015). Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization. *The journal of sexual medicine*, ***12*(4),** 985–993. https://doi.org/10.1111/jsm.12824.

Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Hoseini Kamkar, E., & Mahboubi, M. (2015). The Effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy on Sexual Satisfaction and Marital Adjustment of Infertile Couples with Marital Conflicts. *International journal of fertility & sterility*, ***9*(3),** 393–402. https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4556.

Song, S.H., Kim, D.S., Yoon, T. K., Hong, J. Y. ve Shim, S.H. (2016). Sexual function and stress level of male partners of infertile couples during the fertile period. *BJU international*, ***117*(1),** 173–176. https://doi.org/10.1111/bju.13201.

Soria, M., Pradillo, G., García, J., Ramón, P., Castillo, A., Jordana, C. ve ark. (2012). Pregnancy predictors after intrauterine insemination: analysis of 3012 cycles in 1201 couples. *Journal of reproduction & infertility*, ***13*(3),** 158–166.

Sormunen,T., Aanesen, A., Fossum, B., Karlgren, K. ve Westerbotn, M. (2018). Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *Journal Clinical Nursing*, ***27,*** 335-344. https://doi.org/10.1111/jocn.13953.

Southard, N. Z. ve Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clinical journal of oncology nursing*, ***13*(2),** 213–217. https://doi.org/10.1188/09.CJON.213-217.

Starc, A., Trampuš, M., Pavan Jukić, D., Rotim, C., Jukić, T. ve Polona Mivšek, A. (2019). Infertılıty And Sexual Dysfunctıons: A Systematıc Lıterature Revıew. *Acta clinica Croatica*, ***58*(3),** 508–515. https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.03.15.

Stephenson, K. R., Toorabally, N., Lyons, L. ve M Meston, C. (2016). Further Validation of the Female Sexual Function Index: Specificity and Associations With Clinical Interview Data. *Journal of sex marital therapy*, ***42*(5)**,448–461. https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1061078.

Stevenson, E. L., Hershberger, P. E. ve Bergh, P. A. (2016). Evidence-Based Care for Couples With Infertility. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing (JOGNN)*, ***45*(1),** 100–e2. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.006.

Steuber, K. R. ve Haunani Solomon, D. (2008). Relational uncertainty, partner interference, and infertility: A qualitative study of discourse within online forums. *Journal of Social and Personal Relationships*, ***25*(5),** 831–855. https://doi.org/10.1177/0265407508096698.

Tao, P., Coates, R. ve Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *The Australasian medical journal*, ***4*(11),** 620–627. https://doi.org/10.4066/AMJ.20111055.

Tashbulatova, D., Arıdoğan, İ.A., İzol, V., Ürünsak, İ.F. ve Doran, Ş. (2013). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: Depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, ***33*(1),** 91-97.

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

Taşkın, L. (2011). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği.* Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 547-566.

Tayebi, N. ve Ardakani, S.M.Y. (2009). The Frequency and Prevalence of Sexual Dysfunctions in Infertile Women. *European Journal of General Medicine, **6(2),*** 74-77. https://doi.org/10.29333/ejgm/82644.

Taylor, T.F. (2006). The Origins of Human Sexual Culture: Sex, Gender and Social Control. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, ***18*(2-3),** 69–105. https://doi.org/10.1300/J056v18n02_03.

Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain):1987)*, ***21*(11),** 35–40. https://doi.org/10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382.

Tylor, B. ve Davis, S. (2007). The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexuality and Disability*, ***25*(3),** 135-139.

Topdemir Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsan Bilim Dergisi, **1,*** 27-38.

Thorp, J., Simon, J., Dattani, D., Taylor, L., Kimura, T., Garcia, M.J. ve ark. (2012). Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Premenopausal Women: Efficacy of Flibanserin in the DAISY Study. *The Journal of Sexual Medicine*, ***9*(3),** 793–804.

Thurston, L., Abbara, A. ve Dhillo, W.S. (2019). Investigation and management of subfertility. *Journal of clinical pathology*, *72*(9), 579–587. https://doi.org/10.1136/jclinpath-2018-205579.

Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z. (2014). Cinselliğin Değerlendirilmesi: Hemşireler İçin Öneriler ve Klinik Stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, ***11*(2),** 59-64.

Tuğut, N. (2016). Yeni Cinsel Doyum Ölçeği'nin Türkçe versiyonu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, ***4*(2),** 183-195

Tuncay G., Yıldız, S., Karaer, A., Reyhani, I., Özgöcer, T., Uçar, C. ve ark. (2020). Stress in couples undergoing assisted reproductive technology. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, ***301***,1561 - 1567 doi: 10.1007 / s00404-020-05549-8.

Turan, V., Kopuz, A., Ozcan, A., Kocakaya, B., Sahin, C. ve Solmaz, U. (2014). Sexual dysfunction in infertile Turkish females: prevalence and risk factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, **182,*** *128–131.* doi:10.1016/j.ejogrb.2014.09.013.

Ünal, S., Kargın, M. ve Akyüz, A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, ***9(5),*** 481-6.

Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T. ve Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient education and counseling*, ***81*****(3),** 422–428. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009.

Velten, J. ve Margraf, J. (2017). Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PloS One*, ***12*****(2),** e0172855. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172855.

Veltman-Verhulst, S.M., Hughes, E., Ayeleke, R.O. ve Cohlen, B.J. (2016). Intra-uterine insemination for unexplained subfertility. *The Cochrane database of systematic reviews*, ***2,*** CD001838. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001838.pub5.

Verma, K.ve Baniya, G. (2017). A comparative study of depression among infertile and fertile women. *International Journal of Research in Medical Sciences,* ***4*****(8),** 3459-3465. doi:http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20162312.

Vizheh, M., Pakgohar, M., Babaei, G. ve Ramezanzadeh, F. (2013). Effect of counseling on quality of marital relationship of infertile couples: a randomized, controlled trial (RCT) study. *Archives of gynecology and obstetrics*, ***287*****(3),** 583–589. https://doi.org/10.1007/s00404-012-2595-9.

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O. ve Sundström Poromaa, I. (2010). Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and sterility*, ***93*****(4),** 1088–1096.

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O. ve Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***23*****(9),** 2056–2063. https://doi.org/10.1093/humrep/den154.

Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J. ve Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and sterility*, ***87*****(4),** 792–798. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.07.1534.

Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L. Ve Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, ***95*****(2),** 717–721. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.09.043.

Winkelman, W. D., Katz, P. P., Smith, J. F., Rowen, T. S., & Infertility Outcomes Program Project Group (2016). The Sexual Impact of Infertility Among Women Seeking Fertility Care. *Sexual medicine*, ***4*****(3),** e190–e197. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2016.04.001.

Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S. E. ve Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***22*****(2),** 598–604. https://doi.org/10.1093/humrep/del401.

Wischmann, T., Scherg, H., Strowitzki, T. ve Verres, R. (2009). Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human reproduction (Oxford, England)*, ***24*(2),** 378–385. https://doi.org/10.1093/humrep/den401.

WHO (2002, Ocak). *Defining Sexual Health*: *Report of a technical consultation* on sexual health. World Health Organization. Erişim:2006 https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/.

WHO (2010, Haziran). *Developing sexual health programmes*.World Health Organization Erişim:19.03.2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf.

Wischmann, T.H.(2010). Sexual disorders in infertile couples. *The journal of sexual medicine*, ***7*(5),** 1868–1876. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x.

Yang, B., Zhang, J., Qi, Y., Wang, P., Jiang, R. ve Li, H. (2017). Assessment on Occurrences of Depression and Anxiety and Associated Risk Factors in the Infertile Chinese Men. *American journal of men's health*, ***11*(3)**, 767–774. https://doi.org/10.1177/1557988317695901.

Yangin, H., Kukulu, K., Gulşen, S., Aktaş, M. ve Sever, B. (2016). A survey on the correlation between sexual satisfaction and depressive symptoms during infertility. *Health care for women international*, ***37*(10),** 1082–1095. https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1107067.

Yanıkkerem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2008). İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, ***11*(4),** 112-121.

Yılmaz, T. ve Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, ***2(1),*** 99 - 111.

Yılmaz, T. ve Yeşiltepe Oskay, Ü. (2016). The Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Fertility Problem Stress and Coping Strategy Scales: A psychometric Validation Study in Turkish Infertile Couples. *International Journal of Caring Sciences*, ***9*(2),** 452-62

Yilmaz, E. ve Kavak, F. (2019). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in psychiatric care*, ***55*(3),** 378–382. https://doi.org/10.1111/ppc.12319.

Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D. ve Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, ***40*(4),** 275–293. https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072.

Yusuf, A.J., Maitama, H.Y., Amedu, M. A., Ahmed, M. ve Mbibu, H.N. (2012). Socio-demographic correlates of psychological distress among male patients with infertility in Zaria, Nigeria. *African Journal of Urology*, ***18*(4),** 170–174. https://doi.org/10.1016/j.afju.2012.08.009.

Zegeye, B., Woldeamanuel, G. G., Negash, W., & Shibre, G. (2020). Sexual Satisfaction and Its Associated Factors among Married Women in Northern Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*, ***30*(2),** 169–178. https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i2.4.

Zhuoran, W., Wanpeng, L., Tao, P. ve Coates, R. (2017). *Qualitative research on infertile Chinese couples' understanding of sexuality. Family Practice,* ***35(1),*** *88–92.* doi:10.1093/fampra/cmx069.

Ziaee, T., Jannati, Y., Mobasheri, E., Taghavi, T., Abdollahi, H., Modanloo, M., & Behnampour, N. (2014). The Relationship between Marital and Sexual Satisfaction among Married Women Employees at Golestan University of Medical Sciences, Iran. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, ***8*(2),** 44–51.

FORMLAR

EK 1: TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı ;

İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon bozukluğunun tanımlanması ve bu bozukluğa yönelik cinsel danışmanlık amacıyla yaptığımız çalışmaya katıldığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır

Ezgi ŞAHİN

A)Sosyodemografik Özellikler
1. Yaşınız? ……
2. Eşinizin Yaşı? ……..
3. Ne kadar süredir evlisiniz ?
a)1 yıl b) 1-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11 ve üst
4.Eşiniz ile akrabalık durumunuz var mı?
a)Yok b)Var
5.Eğitim durumunuz
a)Okuryazar b)İlkokul c)Ortaokul d)Lise e)Üniversite ve üzeri
6.Eşinizin eğitim durumu
a)Okur yazar değil b)İlkokul c)Ortaokul d)Lise e)Üniversite ve üzeri
7.Sosyal Güvence
a)Emekli sandığı b)SSK c)Bağkur d)Yeşil kart e)Özel f)Yok
8.En uzun yaşadığınız yer
a)Köy b)Kasaba c)İlçe d)İl
9.Mesleğiniz nedir?
a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer
10.Eşinizin mesleği nedir?
a)İşsiz b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer
11.Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?
a)Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
12.Aile tipiniz nedir?
a)Çekirdek aile b) Geniş aile c) Diğer
13.Kaçıncı Evliliğiniz
a)1 b) 2 c) 3
14.Evlenme şekliniz
a) Görücü usulü-istemeden b) Görücü usulü-isteyerek c)Önceden tanışarak
B) Genel Sağlık Öyküsü
1.**Geçirdiğiniz önemli bir hastalığınız var mı?**
a)Evet, adı ve süre b)Hayır
2.Devamlı kullanılan ilaç var mı ?
a)Evet (Süre..) b)Hayır
3.Sigara kullanıyor musunuz?
a)Evet .....paket/gün b)Hayır
4.Alkol kullanıyor musunuz?
a)Evet günde ..... b)Hayır
C) Jinekolojik Öykü (1, 2 ve 4. Sorular sadece kadınlar içindir)
1.Menarşınız (ilk adet kanaması) kaç yaşında başladı?
…….

2.Mensturasyonunuz düzenli mi?
a)Evet b) Hayır
3.Daha önce geçirilmiş üreme sistemi rahatsızlığınız var mı?
a)Evet (……..) b) Hayır
4.Herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullandınız mı?
a)Evet b)Hayır
5. İnfertilite sebebiniz
a)Kadın faktörlü b)Erkek faktörlü c)Her ikisi d)Sebebi bilinmiyor
6.Ailenizde ya da eşinizin ailesinde infertil olan kişiler var mı?
a)Yok b)Var (Var ise……)
7.Kaç yıldır infertilsiniz?
a)1- 2 yıl b) 3-5 yıl c) 6- 10 yıl d) 11 ve üstü
8.İnfertilite sebebi biliniyorsa?
Erkek için; Sperm fonksiyon anomalileri ( ) Primer testiküler yetmezlik ( ) Sperm üretim bozuklukları ( ) Açıklanamayan İnfertilite ( ) Diğer.....
Kadınlar için ; Anovulasyon ( ) Endometriozis ( ) Tubal ve Pelvik Faktör ( ) Uterin-Servikal Faktör ( ) Açıklanamayan İnfertilite ( ) Diğer.....
9.Tedavi özgeçmişiniz ? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)
Daha önce hiç tedavi görmedim ( ) Tanı testleri ( ) IVF-ICSI ( ) Laparoskopi ( ) Aşılama ( ) IVF/IUI ovulasyon indüksiyonu ( )
10.Şu anda tedavinin hangi aşamasındasınız?
a)IVF/IUI ovulasyon indüksiyonu b)Aşılama günü/zamanı c)IVF-ICSI
11.Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?
a)1 yıldan az b) 1-2 yıl c) 3-5 yıl d) 6-10 yıl e) 11 ve üstü
12.Tedavi süreci ile ilgili düşüncelerinizi nasıl değerlendirirsiniz?
a)Olumlu b)Olumsuz c)Emin değilim/Kararsızım
D) Cinsel Yaşam Öyküsü
1. Cinsellikle ilgili konularda herhangi bir bilgi aldınız mı?
a)Evet (Kimden ……) b. Hayır
2. Evlenmeden önce eşinizle cinsel yönden yakınlaşmanız oldu mu?
a) Evet b) Hayır
3.İnfertil olduğunuzu öğrenmeden önce cinsel problemleriniz var mıydı?
a)Evet (….) b. Hayır
4.İnfertil olduğunuzu öğrendikten sonra cinsel problemleriniz oldu mu?
a)Evet (...) b. Hayır
5. Cinsel sorununuz var ise; bu durum eşinizle aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiledi?
a) Eşim soğuk davranıyor b) Eşim anlayışlı davranıyor c) Ben soğuk davranıyorum d)cinsel sorunum yok
6. Cinsel hayatınızı/yaşantınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Hiç yok
7.Ne sıklıkta cinsel ilişkiye girersiniz?
a) Günde 1 veya daha fazla b) 2-3 günde 1 kez c) Haftada 1- 2 kez d) İki haftada 1 veya daha az e) Ayda bir
8.Cinsel ilişkiyi genellikle kim başlatır?
a) Eşim b) Ben c)Her ikimiz
9. Ön sevişme yapar mısınız?
a) Evet b) Hayır
10.Eşinizle ilişkinizden/evliliğinizden memnun musunuz ?
a) Evet b)Hayır

EK 2: KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (KCFİ)

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

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

Cinsel ilişki: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş penisin kadının vajinasına girmesi)

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

Orgazm: Klitoris, vajina, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması. Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

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

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

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

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

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

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

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

- 0:Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5:Çok yüksek
- 4:Yüksek
- 3:Orta
- 2:Düşük
- 1:Çok düşük veya hiç

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

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

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

- 0:Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5:Hemen hemen her zaman
- 4:Çoğu zaman (15 günden fazla)

- 3:Bazen (15 günde)
- 2:Birkaç kez (15 günden az)
- 1:Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

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

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

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

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

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

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

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

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

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

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

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

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

- 0:Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 5:Çok tatminkardı
- 4:Genellikle tatminkardı
- 3:Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- 2:Genellikle tatminkar değildi
- 1:Hiç tatminkar değildi.

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

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

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

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

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

- 0:Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

- 5:Çok tatminkardı
- 4:Genellikle tatminkardı
- 3:Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- 2:Genellikle tatminkar değildi
- 1:Hiç tatminkar değildi

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

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

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

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

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

- 0:Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 1:Çok yüksek
- 2:Yüksek
- 3:Orta
- 4:Düşük
- 5:Çok düşük veya hiç

Derecelendirme	**Puan**
İyi	30 ve üzeri
Orta	23-29
Düşük	23 puanın altı
Toplam puanının 26,55 ve altında olması cinsel işlevlerin yetersiz olduğunu gösterir.	

EK 3: ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) ERKEK FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1)Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 2 3 4 5 6

Oldukça istekli Çok istekli Biraz istekli Biraz isteksiz Çok isteksiz Tamamen isteksiz

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

1 2 3 4 5 6

Oldukça kolay Çok kolay Biraz kolay Biraz zor Çok zor Oldukça zor

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

1 2 3 4 5 6

Oldukça kolay Çok kolay Biraz kolay Biraz zor Çok zor Asla olmaz

4)Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1 2 3 4 5 6

Oldukça kolay Çok kolay Biraz kolay Biraz zor Çok zor Asla boşalamam

5)Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 2 3 4

Oldukça tatmin edici Çok tatmin edici Biraz tatmin edici Pek tatmin etmiyor

5 6

Çok tatmin etmiyor Hiç boşalamam

0-8 puan	**cinsel işlev bozukluğu belirtileri yoktur**
8-12 puan	**hafif cinsel işlev bozukluğu belirtileri**
13-20 puan	**Orta düzeyde cinsel işlev bozukluğu belirtileri**
21-30 puan	**Yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu belirtileri**

EK 4: YENİ CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (YCDÖ)

Aşağıda yer alan maddeleri okurken son altı ay içindeki cinsel yaşamınızı düşününüz. Son 6 ay içindeki cinsel yaşamınızı en iyi yansıtan, memnuniyet derecenizi belirten numarayı daire içine alınız.

Ölçek Maddeleri		**Hiç memnun Değilim**	**Biraz Memnunum**	**Orta Düzeyde Memnunum**	**Çok memnunum**	**Son Derece Memnunum**
1	Cinsel uyarılma yoğunluğum	1	2	3	4	5
2	Cinsel boşalmamın (orgazm) kalitesi	1	2	3	4	5
3	Cinsel ilişki boyunca kendimi cinsel zevke teslim etme ve bırakmam	1	2	3	4	5
4	Cinsel ilişki boyunca odaklanmam/konsantrasyonum	1	2	3	4	5
5	Eşime/partnerime cinsel tepki biçimim	1	2	3	4	5
6	Vücudumun cinsel açıdan fonksiyonelliği (işlevselliği)	1	2	3	4	5
7	Cinsel ilişki sırasında duygusal serbestliğim (açılmam)	1	2	3	4	5
8	Cinsel ilişki sonrasındaki ruh halim	1	2	3	4	5
9	Cinsel boşalma (orgazm) sıklığı	1	2	3	4	5
10	Eşime/partnerime tattırdığım zevk	1	2	3	4	5
11	Cinsel ilişki sırasında aldığım ve verdiğim arasındaki denge	1	2	3	4	5
12	Cinsel ilişki boyunca eşimin/partnerimin duygusal paylaşımı (açılması)	1	2	3	4	5
13	Cinsel ilişkiyi eşimin/partnerimin Başlatması	1	2	3	4	5
14	Eşimin/partnerimin cinsel boşalma (orgazm) becerisi	1	2	3	4	5
15	Eşimin/partnerimin kendisini cinsel zevk için teslim etmesi (bırakması)	1	2	3	4	5
16	Eşimin/partnerimin benim cinsel ihtiyaçlarımla ilgilenme tarsi	1	2	3	4	5
17	Eşimin/partnerimin cinsel yaratıcılığı	1	2	3	4	5
18	Eşimin/partnerimin cinsel ilişkiye hazır Olması	1	2	3	4	5
19	Cinsel ilişkimin çeşitliliği	1	2	3	4	5
20	Cinsel ilişkimin sıklığı	1	2	3	4	5

Ben-Merkezli alt boyut (1-10. Maddeler)	Kişisel deneyimler ve duygular tarafından oluşan cinsel doyumu belirler.
Eş-partner/cinsel aktivite merkezli alt boyut **(11-20. madeler)**	Kişinin eşinin/partnerinin cinsel davranış ve tepkilerinden, ayrıca cinsel faaliyetlerin çeşitlilik ve / veya sıklığından aldığı cinsel doyumu ölçer.
Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür.	
Ölçeğin puanlaması maddelerin toplanmasıyla hesaplanır. Ölçekten alınan **puanın yüksek olması cinsel doyumun iyi olduğunu** göstermektedir.	

EK-5: İNFERTİLİTE STRESİ ÖLÇEĞİ (İSÖ)

	Tamamen katılıyorum (1)	**Biraz katılıyorum (2)**	**Kararsızım (3)**	**Biraz katılmıyorum (4)**	**Kesinlikle Katılmıyorum (5)**
1.İnfertilite sorunu yüzünden hayatım alt üst oldu					
2.İnfertilite sorunuyla uğraşmak benim için çok stresli					
3.Çocuğumuzun olmaması ilişkimizde krize neden oldu					
4.Çocuğumuzun olmaması boşanmayı düşünmemize neden oldu					

İnfertilite sorununuz aşağıdaki durumlar üzerine ne kadar stres yükledi?	**Çok Fazla (1)**	**Biraz (2)**	**Az (3)**	**Hiç (4)**
5. Evliliğinize/ilişkinize				
6. Cinsel yaşamınıza				
7.Kendi ailenizle ilişkinize				
8.Eşinizin ailesiyle ilişkinize				
9.Arkadaşlarınız ile ilişkinize				
10. İş arkadaşlarınız ile ilişkinize				
11.Çocukları olan insanlar ile ilişkinize				
12. Gebe kadınlar ile ilişkinize				
13. Fiziksel sağlığınıza				
14. Ruh sağlığınıza				

EK 6: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.

2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	**Toplam**
Minimal depresyon	0-9
Hafif depresyon	10-16
Orta depresyon	**17-29**
Şiddetli depresyon	30-63

EK 7: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

TC. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği doktora programında öğrenciyim. "İnfertil çiftlere PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlığın cinsel işlev ve cinsel doyuma etkisi " başlıklı bu araştırma, doktora tezi olarak hazırlanacaktır.

Bu çalışma İnfertil çiftlerin cinsel işlevlerinin bu süreçten nasıl etkilendiği ve cinsel danışmanlığın cinsel işlev ve cinsel doyum düzeyine olan etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katıldığınızda, rastgele kura ile iki grup oluşturmayı ve 30 çiftin kontrol grubu ile 30 çiftin deney grubu olmasını planlıyoruz. İlk görüşmede size "Tanıtıcı Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Erkek Formu), Beck Depresyon Ölçeği, İnfertilite Stresi Ölçeği ve Yeni Cinsel Doyum Ölçeği"'nin uygulanması planlanmıştır. Eğer kontrol grubunda olursanız, 3. ayda görüşmeye gelmeniz istenecek ve ilk görüşmede uygulanan "Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Erkek Formu), İnfertilite Stresi Ölçeği ve Yeni Cinsel Doyum Ölçeği"'ni tekrardan doldurmanız istenecektir. Eğer deney grubunda olursanız, size cinsel danışmanlık için randevu verilecek (toplam 3 oturum) ve cinsel danışmanlık eğitimini aldıktan 3 ay sonra tekrar görüşmeye gelmeniz istenecek ve ilk görüşmede uygulanan "Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Erkek Formu), İnfertilite Stresi Ölçeği ve Yeni Cinsel Doyum Ölçeği"ni tekrar doldurmanız gerekecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek, vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle 3. şahıs ile paylaşılmayacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır. Çalışma esnasında ilaç kullanılmayacağı için gönüllü katılımcılara herhangi bir zararı yoktur. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilme hakkınız vardır.

Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır. Yol masrafı ve sigorta ödenekler mevcut değildir. Sizden numune (kan vs.) alınmayacaktır.

Araştırmaya katılmanız için onayınız gerekmektedir. Lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı yazıp, imzanızı atınız.

Katılımcı:	Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum. **Adı, Soyadı:** **Adres:** **İmza/tarih:**
Araştırmacı :	**Adı, Soyadı:** Ezgi ŞAHİN **Adres:** **Telefon:** **İmza/tarih**

EK 8: KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ KULLANIM İZİNİ

EK 9: İNFERTİLİTE STRES ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

EK 10: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

EK 11: YENİ CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

EK 12: ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

EK 13: İNFERTİL ÇİFTLERE YÖNELİK CİNSEL DANIŞMANLIK EĞİTİM KİTAPÇIĞI

İNFERTİL ÇİFTLERE YÖNELİK CİNSEL DANIŞMANLIK EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Değerli Çiftler;

Cinsellik, doğumdan ölüme kadar devam eden, üreme ve cinsel açıdan tatmini içeren, yalnızca cinsel organları değil tüm bedeni ilgilendiren, toplumun kültür ve ahlak yapısından etkilenen bir gereksinim sürecidir. Cinsel sağlık ise, insanın yalnızca bedenen değil, duygusal ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu olarak etkileyen sağlıklı olma halidir.

Cinsel sağlık, genel sağlık açısından toplumu en çok ilgilendiren konulardan biridir. Cinsel sağlığın bozulması sadece fiziksel sağlığın kesintiye uğraması ile sonuçlanmaz. Gerek kadın gerekse erkekte halkalar halinde ruhsal sağlığın, ardından aile sağlığının ve sosyal sağlığın da bozulmasına da yol açarak insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir.

Üreme sağlığı ise, bireyin fiziksel, sosyal ve zihinsel yönden tam bir iyilik halinde olması, bireylerin, tatmin edici, güvenli bir cinsel yaşamının olması, üreme yeteneğine sahip olması ve üreme yeteneğini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmasıdır.

Cinsellik ve cinsel sağlığı içeren bu kitapçık cinsellikle ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi, yanlış bilgilerin ve inançların düzeltilmesi ve var olan ya da ilerde olabilecek cinsel sorunlarınızın çözümünde size destek olacağına ve cinsel yaşantınızın daha iyi olmasına katkıda bulunacağına inanıyoruz.

Öğr. Gör. Ezgi ŞAHİN

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

EK 14: KURUM İZNİ-ÜNİVERSİTE HASTANESİ

EK 15: ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 07/08/2019-121290

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Doktora Öğrencisi Ezgi ŞAHİN'in etik kurul kararı A-24

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :17.07.2019 tarih, 13022260-300-108795 sayılı yazı

Enstitünüz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi **Doç.Dr.İlkay Güngör SATILMIŞ'ın** danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Ezgi ŞAHİN'in** yürütücülüğünde **"İnfertil Çiftlere PILSSIT Modeli Doğrultusunda Verilen Cinsel Danışmanlığın Cinsel İşlev ve Cinsel Doyuma Etkisi"** başlıklı Doktora Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri **06 Ağustos 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Ayşim Büge ÖZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEK4EH57A
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

Bu belge güvenli elektronik imza Kanunundaki 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 16: İLİŞKİ VE EVLİLİK DANIŞMANLIĞI SERTİFİKASI



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİ
MERKEZİ

BASKENT UNIVERSITY
EDUCATION AND CONSULTING
CENTER

İLİŞKİ VE EVLİLİK DANIŞMANLIĞI SERTİFİKASI

CERTIFICATE OF RELATIONSHIP AND
MARRIAGECOUNSELLING

This certificate is awarded to

EZGİ ŞAHİN

Başkent Üniversitesi Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri Merkezi tarafından düzenlenen 84 Saat (Uzaktan) 36 Saat (Yüz yüze) İlişki ve Evlilik Danışmanlığı eğitim programına katılmış ve yapılan sınavda başarılı olarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

for successfully completing Relationship and Marriage Counselling program, consisting 84 hours distant training and 36 hours formal training, of Baskent University Education and Consulting Center.

PROF.DR. ALİ HALICI
DIRECTOR

PROF.DR. ALİ HABERAL
RECTOR

20211/00208

EK 17: YOĞUNLAŞTRILMIŞ CİNSEL TERAPİ EĞİTİM SERTİFİKASI



EK 18: VAJİNUSMUS & ANORGAZMİ WORKSHOP



EK 19: 7. CETAD GÜNLERİ CİNSELLİĞİ KONUŞMAK/ ZOR SORULAR-ZOR DURUMLAR KURSU



7. CETAD GÜNLERİ

CETAD CİNSEL EĞİTİM TEDAVİ VE ARAŞTIRMA DERNEĞİ

"Cinsel Sorunlarda KİM, NEYİ, NASIL Tedavi Etmeli"

KURS KATILIM SERTİFİKASI

Özgü Şahin

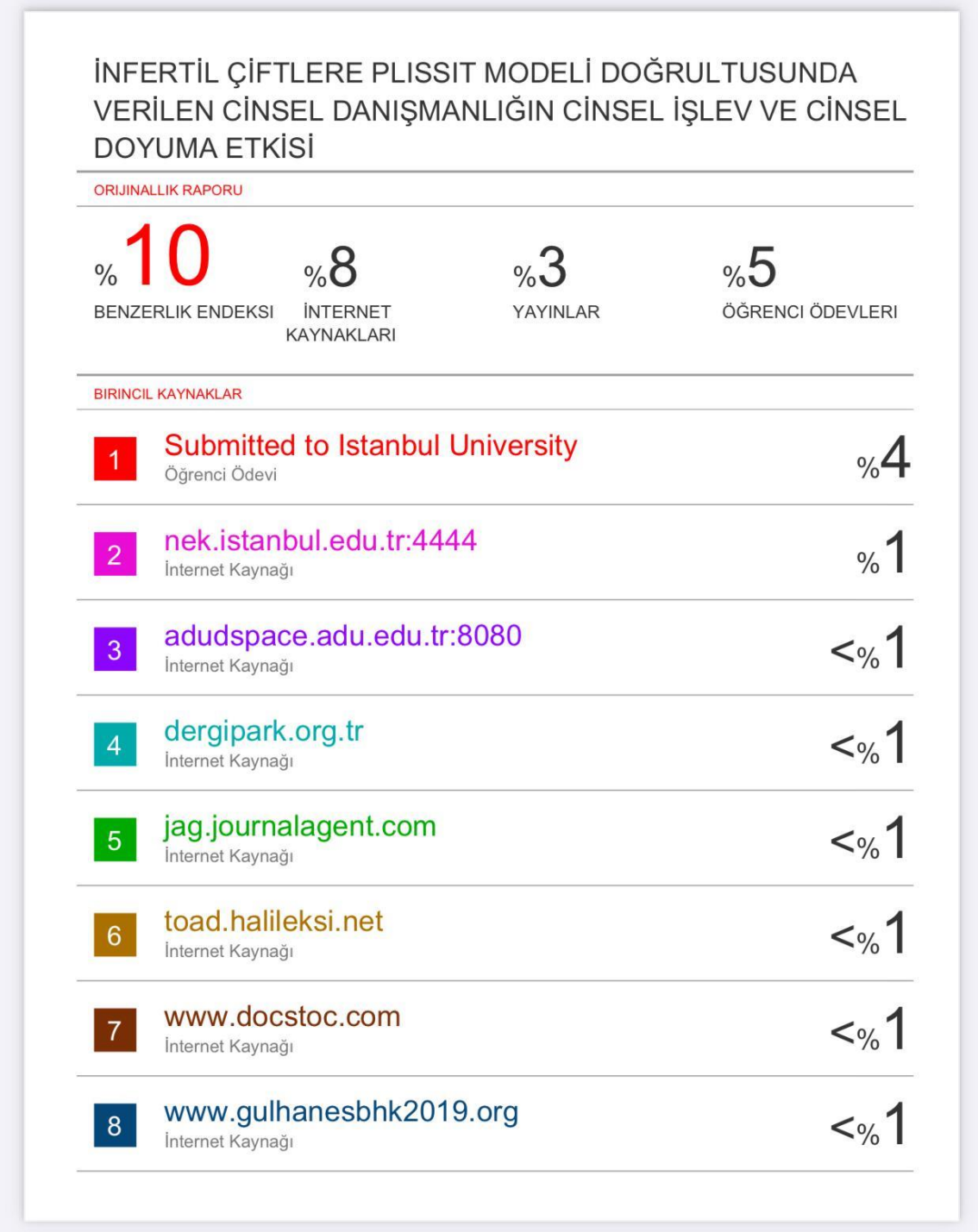
30 Kasım & 01 Aralık 2019 tarihleri arasında yapılan İstanbul-Kadir Has Kongre Merkezi'nde düzenlenen 7. CETAD GÜNLERİ TERAPİDE CİNSELLİĞİ KONUŞMAK / ZOR SORULAR - ZOR DURUMLAR KURSU'na katılmıştır.

Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM

EK 20: 7. CETAD GÜNLERİ ‘‘CİNSEL SORUNLARDA KİM NEYİ NASIL TEDAVİ ETMELİ’’



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



İNFERTİL ÇİFTLERE PLISSIT MODELİ DOĞRULTUSUNDA VERİLEN CİNSEL DANIŞMANLIĞIN CİNSEL İŞLEV VE CİNSEL DOYUMA ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%10	%8	%3	%5
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%4
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
3	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	<%1
6	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
7	www.docstoc.com İnternet Kaynağı	<%1
8	www.gulhanesbhk2019.org İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ