

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticileri  
Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT  
Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK

**İNERTİL OLAN VE OLMAYAN KADINLARDA  
CİNSEL FONKSİYONLAR VE DEPRESİF  
BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Selda ÖZTÜRK**

**Referans no: 10090163**

EDİRNE –2017

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticileri  
Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT  
Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK

**İN FERTİL OLAN VE OLMAYAN KADINLARDA  
CİNSEL FONKSİYONLAR VE DEPRESİF  
BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Selda ÖZTÜRK**

**Destekleyen Kurum:**

**Tez No:**

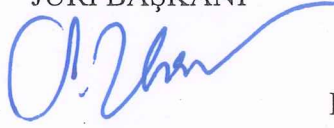
EDİRNE-2017

T.C.  
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

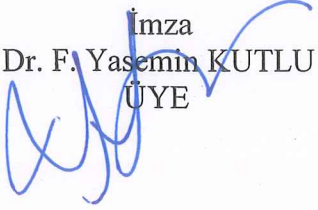
ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programını çerçevesinde Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT ve Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Selda ÖZTÜRK tarafından tez başlığı “İnfertil Olan ve Olmayan Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlar ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 18/01/2017 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “Yüksek Lisans Tezi” olarak kabul edilmiştir.

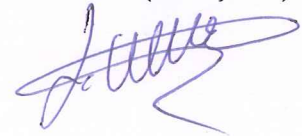
İmza  
Prof. Dr. Serap ÜNSAR  
JÜRİ BAŞKANI



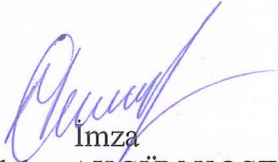
İmza  
Doç. Dr. F. Yasemin KUTLU  
ÜYE



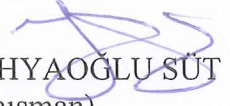
İmza  
Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK  
ÜYE (Danışman)



İmza  
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK  
ÜYE



İmza  
Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT  
ÜYE (Danışman)



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tamam SİPAHI  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitiminim ve tez çalışmam süresince bilgisini, yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren tez danışmanlarım değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'e ve Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK'e, verilerin analizinde destek aldığım Prof. Dr. Necdet SÜT'e, eğitim hayatım boyunca katkıda bulunan tüm hocalarıma, araştırma süresince Tüp bebek merkezinde desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Koray ELTER'e ve tüp bebek merkezi ekibine, veri toplama sürecinde araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara, tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen tüm arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme ve küçük yaşına rağmen bana destek olan kızım NEVA'ya en içten dileklerle teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
<b>KADIN VE İNFERTİLİTE</b> .....	<b>3</b>
<b>KADIN VE CİNSELLİK</b> .....	<b>7</b>
<b>KADIN VE DEPRESYON</b> .....	<b>14</b>
<b>İNFERTİL KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞUNUN</b> <b>DEPRESYONA ETKİSİ</b> .....	<b>22</b>
<b>İNFERTİL KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI VE</b> <b>DEPRESYON DURUMUNDA KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ</b> <b>HEMŞİRESİNİN ROLÜ</b> .....	<b>24</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	<b>26</b>
<b>BULGULAR</b> .....	<b>30</b>
<b>TARTIŞMA</b> .....	<b>50</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>56</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>59</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>60</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>62</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>74</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>76</b>
<b>EKLER</b>	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>APA:</b>	Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>Ark.:</b>	Arkadaşları
<b>BDÖ:</b>	Beck Depresyon Ölçeği
<b>DSM V:</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition/Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ET:</b>	Embriyo Transferi
<b>ICSI:</b>	İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
<b>IFSF:</b>	Index of Female Sexual Function/Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi
<b>IUI:</b>	İntrauterin İnseminasyon
<b>IVF:</b>	İn-Vitro Fertilizasyon
<b>KLP:</b>	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
<b>OPU:</b>	Oosit Toplanması
<b>Vb.:</b>	Ve Benzeri

## GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite, en az bir yıl süreyle herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişki yaşayan çiftlerde gebelik durumunun oluşmamasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (DSÖ) dünya genelinde infertil çiftlerin oranı yaklaşık %8-12 arasındadır (1,2,3). Cinsellik, insanların doğum öncesi döneminden başlayıp ömür boyu devam eden, kişisel değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünümleri ve içinde yaşadıkları topluma göre şekillenen bir kavramdır. Yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve aklı içermektedir (4,5).

İnsanın temel içgüdülerinden birisi üreme ve neslini devam ettirebilmedir (6). Doğurganlık, bir toplumdaki insan için hayati önem taşır ve onun yokluğunda cinsel aktiviteyi etkileyerek öfke, panik, umutsuzluk ve keder gibi birçok etkiye neden olabilir. Dolayısıyla çocuk sahibi olamamaya bağlı olarak cinsel disfonksiyon görülebilir (2,7). İnfertil kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada infertil kadınlarda %40 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu belirlenmiştir (8). İnfertil çiftlerin belirlenmiş zamanlarda cinsel ilişki yaşama zorunluluğu, istek ve cinsel fonksiyon üzerinde belirgin düzeyde olumsuz etki etmekte, bu durum da cinsellik mekanikleşmekte ve çiftin cinsel sorunlarının artmasına neden olmaktadır (8,9,10,11). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu; cinsel istek kaybı, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, anorgazmı biçiminde ortaya çıkmaktadır. Bu da doğrudan ya da dolaylı olarak gebe kalmayı güçleştirmektedir (12).

İnfertilite, infertil çiftlerin hayatında depresyon, stres, kişisel iletişimde hassaslık, yalnızlık gibi olumsuz zihinsel tepkilere yol açabilmektedir (8,11). Bazı çalışmalarda ruhsal belirtiler ve infertilite arasındaki ilişki incelenmiş olup infertilite ile ruhsal belirtiler arasında

ciddi bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (13,14,15). Begüm ve Hasan'ın (7) sağlıklı ve infertil gruplar arasındaki depresyon düzeyini karşılaştırdıkları bir çalışmada, infertil gruptaki kadınların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. İnfertilite tedavisinin yüklenicisinin kadın olması, girişimsel işlemlere maruz kalması ve yoğun tedavi programı uygulamaları nedeniyle kadınlar erkeklere oranla daha fazla ruhsal belirtiler yaşamaktadırlar. Kadınlarda birçok ruhsal belirti ve bulgu gözlenmektedir. Ayrıca cinselliği sadece çocuk yapmak için araç ve belirlenmiş zamanlarda cinsel birlikteliğin olması olarak görmeleri nedeniyle cinsel fonksiyon bozuklukları gözlenmektedir (8). Dilek ve Beji (16) yardımcı üreme teknikleri uygulandıktan sonra kadınların erkeklere oranla daha şiddetli duygulanım değişikliği yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kabil ve ark. (17) cinsel fonksiyon bozukluğu olan infertil kadınlarda depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğu ve depresyonun kadın kaynaklı infertiliteden değil cinsel fonksiyon bozukluğu nedeniyle yaşandığını bildirmiştir.

İnfertil kadın infertilite sorunu nedeni ile cinsel olarak kendini yetersiz hissedebilmekte ve cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilginin kaybolması nedeni ile de kişide ruhsal belirtiler ortaya çıkmaktadır. İnfertilite tedavisi sırasında gebe kalmaya odaklanıldığı için hastaların cinsel ve ruhsal sorunları göz ardı edilebilmektedir. Fakat bütüncül hemşirelik yaklaşımında bireyin ruhsal ve fiziksel biyopsikososyal bir varlık olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Bu çalışmada infertil olan ve olmayan kadınlarda cinsel fonksiyonlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Literatürü incelediğimizde; ülkemizde bu konu ile ilgili az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Çalışmamızda infertil ve fertil kadınların cinsel fonksiyon ve depresyon durumu ayrı ayrı ve karşılaştırmalı olarak incelenecek olup araştırmamız bu yönü ile özgün nitelik taşımaktadır. Araştırma sonuçlarımız bu konuda, hem literatürü destekleyecek hem de infertil ve fertil kadınlarda yaşanan cinsel fonksiyon bozukluğu ve depresyon durumları ile başetme becerilerinin kazandırılmasında Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) hemşirelerine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.



## GENEL BİLGİLER

### KADIN VE İNFERTİLİTE

#### İnfertilitenin Tanımı Ve Sıklığı

İnfertilite kadın ve erkeği etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (18,19). İnfertilite, üreme çağındaki çiftin en az 12 ay süresince kontraseptif önlem almaksızın düzenli cinsel ilişkisi olmasına karşın gebelik oluşmaması durumu olarak tanımlanmaktadır (3,20). DSÖ infertiliteyi, üreme çağındaki çiftin 2 yıl süresince kontraseptif önlem almaksızın düzenli cinsel ilişkisi olmasına rağmen gebelik oluşmaması olarak tanımlamaktadır (3). DSÖ bu tanımlamayı kullanarak epidemiyolojik açıdan önemli olan yanlış infertilite tanımlarını azaltmak istemektedir (21). Amerikan Üreme Tıbbi Derneği (American Society for Reproductive Medicine-ASRM) ise infertiliteyi 12 ay ya da daha uzun süre düzenli, korunmasız cinsel ilişki olmasına rağmen gebeliğin oluşmadığı bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Ayrıca 35 yaş ve üzeri kadınlar için ise 6 ay sonunda tıbbi öykü ve muayene sonuçlarına göre infertilite tanısının konulması olarak belirtmektedir (22). Korunmasız olarak 12 aylık sürenin sonunda çiftlerin %80'i ilk 6 ay içinde, geri kalanların sadece %10'unun bir sonraki 6 ay içinde gebe kalmaları beklenmektedir (23).

İnfertiliteyi primer ve sekonder olmak üzere iki grupta değerlendirebiliriz.

Primer infertilite; çiftin en az 12 ay boyunca düzenli olarak (haftada 2-3 kez) korunmasız cinsel ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmamasıdır (3,24,25). Sekonder infertilite ise çiftin en az bir kere oluşan gebelik öyküsünün olması, fakat daha sonra 12 ay boyunca korunmasız cinsel ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması olarak tanımlanmıştır (3,24,25).

İnfertilitenin görülme sıklığı ve etiyolojisi ülkeden ülkeye hatta aynı ülkenin farklı bölgelerinde bile farklılık göstermekle birlikte dünya genelinde üreme çağındaki çiftlerin %8-12'sini etkilediği tahmin edilmektedir (1,10,26). Ülkelerde infertilite prevalansı %5-30 arasında değişmektedir. Güney Asya, Güney Afrika, Orta Doğu, Kuzey Afrika ve Doğu ve Orta Avrupa'nın da aralarında bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde infertilite prevalansı %30'lara kadar ulaşmaktadır (26). DSÖ'nün 2004 yılı verilerine göre infertilite oranı Nijerya'da %26,8, Güney Afrika'da %30, Güney Asya'da %28,3'tür. Dünya genelinde 186 milyon kadının infertil olduğu tahmin edilmektedir (27). Gelişmiş ülkelerde ise çiftlerin yaklaşık %8-10'unda infertilite görülmektedir (10). Martinez ve ark. (28) ulusal sağlık istatistikleri çalışmasında Amerika infertilite prevalansının %2,3, Ziller ve ark. (29) Almanya'da %2,69 olarak bildirmişlerdir. Bushnik ve ark. (30) ise Kanada'da infertilite prevalansını %11,5-15,7 arasında değiştiğini saptamışlardır. Ülkemizde ise evli çiftlerin yaklaşık olarak %10'unda infertilite bildirilmiştir (2,19,31). Sağlık Bakanlığının 2014 yılında 6364 kadın ile gerçekleştirdiği Kadın Sağlığı Araştırmasında, araştırmaya katılan kadınların %4,8'inin infertil tanısı aldığı görülmüştür (32).

### **İnfertiliteye Neden Olan Faktörler**

İnfertilite nedenleri toplumlar ve yaş grupları arasında çok fazla farklılık göstermemekle birlikte, infertil çiftlerin yaklaşık %30'unda ovulasyon bozuklukları, %30-40'ında tubal problemler, %40'ında erkek faktörü sorunu nedendir. Ayrıca çiftlerin %40'ında birden fazla sebep bulunmaktadır. Çiftlerin %10-15'inde ise infertilite için herhangi bir neden bulunamamaktadır (33,34,35). Çoban ve Dinç (36) infertilite nedenlerini incelediklerinde; %35,3'ünde erkek faktörü, %24,7'sinde kadın faktörü, %7,3'ünde hem kadın hem erkek faktörünü infertilite nedeni olarak saptamışlardır. Başka bir çalışmada, infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını belirten kadınların oranı %28,8, nedenin belli olmadığını belirtenlerin oranı %38,5, infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını belirten erkeklerin oranı %34,5, nedenin belli olmadığını belirtenlerin oranı %30,9 olduğunu belirlemişlerdir (2).

### **Kadında infertiliteye neden olan faktörler:**

- Ovulatuvar bozukluklar (%30-40)
- Tubal /peritoneal faktörler (%30-40)
- Açıklanamayan nedenler (%5-10)
- Servikal ve immünolojik faktörler (%3-5)

- Uterin faktörler (%1-2) kadın infertilitesinin nedenlerini oluşturmaktadır (37,38).

#### **Erkekte infertiliteye neden olan faktörler:**

- Cinsel faktörler (%1,7)
- Ürogenital enfeksiyonlar (%6,6)
- Konjenital anomaliler (%2,1)
- Varikosel (%12,3)
- Endokrin bozukluklar (%0,6)
- İmmünolojik faktörler (%3,1)
- İdiyopatik semen bozuklukları (%75,1)
- Diğer hastalıklar (%3,0) erkek infertilitesinin nedenlerini oluşturmaktadır (37,38,39).

#### **İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi**

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde amaç; infertiliteye neden olan faktörleri tespit etmek, prognoz hakkında doğru bilgi vermek, araştırma sırasında danışmanlık, destek ve eğitim sağlamak, değerlendirme sonuçlarına göre tedavi seçeneklerini belirlemektir. İnfertilite değerlendirmesi anamnez ve fizik muayeneden oluşmaktadır ve çiftler birlikte değerlendirilir (33,39,40).

**Erkeğin değerlendirilmesi:** Erkek kaynaklı infertilite oranının yüksek olması ve özellikle kadını değerlendirilmesinin zor, uzun, zaman alıcı, zahmetli ve daha pahalı olması nedenleriyle öncelikle erkek üzerinde muayene ve tetkikler yapılmaktadır (33,38,39,40).

1. Anamnez: Hastanın tıbbi öyküsünden yola çıkarak infertilite etiyojisinde önemli olabilecek risk faktörleri ve davranışlar saptanmaya çalışılır.

- Yaş
- Fertilite öyküsü (çocuk sayısı, ereksiyon sorunları gibi)
- Medikal öykü (kullandığı ilaçlar, kronik hastalıklar)
- Cerrahi öykü (geçirilmiş ameliyatlara)
- İş öyküsü (radyasyon ve kimyasallara maruz kalma)
- Cinsel yaşam öyküsü (cinsel ilişki sıklığı ve zamanı)
- Alışkanlıklar (sigara ve alkol kullanımı)

2. Fizik muayene: Genel fizik ve ürolojik muayeneyi içermektedir. Fiziksel olarak vücut yapısı, kıl dağılımı, jinekomasti, penis muayenesi, testislerin palpasyonu ve büyüklükleri, varikosel varlığı, meme gelişimi gibi sekonder seks karakterleri gözlemlenir.

3. Laboratuvar incelemeleri: Semen analizi, ultrasonografi, endokrin testler, testiküler biyopsi, sperm penetrasyon tetkikleri erkek infertilitesinin değerlendirilmesindeki en önemli basamaklardır (33,38,41).

**Kadının değerlendirilmesi:** Kadının infertilite yönünden değerlendirilmesi non-invaziv yöntemlerden invaziv yöntemlere doğru ve basitten karmaşığa giden yoğun bir süreçtir. Bu süreç hastadan anamnez (öykü) alınması, klinik muayenenin yapılması ve gerekli tetkiklerin istenmesi şeklinde başlar (24,38,40).

1. Anamnez: İnfertilite etiyojisi olabilecek herhangi bir faktörü belirleyebilmek için ayrıntılı anamnez alınması gereklidir. Anamnezde;

- Yaş ve evlilik süresi
- Kontrasepsiyon uygulama durumu
- Geçirilmiş ya da mevcut sistemik hastalıklar (Diabetes Mellitus, tiroid-surrenal bezi, barsak hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar)
- Geçirilen operasyonlar (Özellikle karın ve jinekolojik hastalıklar)
- Fertilite öyküsü ( önceki gebelik infertilite süresi)
- Menstrual öykü (menstruasyon süresi ve sıklığı)
- Medikal öykü (kullandığı ilaçlar, kronik hastalıklar)
- Cinsel yaşam öyküsü (cinsel ilişki sıklığı, zamanı)
- Alışkanlıklar (sigara, alkol kullanımı)

2. Klinik Muayene: Genel muayene temel fizik muayene, genitoüriner ve pelvik muayene ve meme muayenesini içerir. İnfertil kadın genitoüriner ve pelvik muayene ile; konjenital anomali, anormal uterus pozisyonu, pelvik patoloji (endometriozis, over kisti ve miyom gibi) ve vajinal akıntı yönünden değerlendirilir. Seksüel kılınmanın durumu veya hirsutismus olup olmadığının üzerinde durulmalıdır.

3. Tanıya yönelik girişimler: Anamnez ve muayeneden sonra öngörülen nedene göre gerekli olgularda kesin tanı için diğer tetkik yöntemleri uygulanır (Histerosalpingografi, USG, histeroskopi, salpingoskopi, laparoskopi) .

4. Laboratuvar incelemeleri: Ovulasyon testleri, postkoidal testler, ultrasonografi, endometrial biyopsi, histerosalpingografi, histeroskopi, laparoskopi ve endokrin testleri içerir (33,38,39,40,42).

### **İnfertil Çiftlerde Tedavi Yöntemleri/ Yardımcı Üreme Teknikleri**

**1.İntrauterin inseminasyon (IUI):** Bu yöntem infertilite olgularının tedavisinde birinci basamak olarak kullanılmaktadır. Spermlerin ovülasyon zamanında laboratuvarında özel aşamalardan geçirilip hazırlandığı, daha özel bir katater aracılığı ile uterus içine enjekte edildiği işlemdir (43,44).

**2. Oosit toplanması (OPU):** Folikül büyüklükleri yaklaşık 16-20'mm ye ulaştıktan sonra uygulanan HCG (Human Chorionic Gonadotropin) enjeksiyonundan 34-36 saat sonrasında gerçekleştirilmektedir. Kadına intravenöz sedasyon uygulanarak, transvaginal ultrason eşliğinde aspirasyon iğnesi ve iğnenin bağlı bulunduğu aspirasyon cihazı ile overlerde foliküllere girilmesi ve foliküler sıvı, oositlerin aspire edilmesi işlemidir (38,43).

**3.İn-Vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET):** İn-vitro fertilizasyonun temel prensibi, oosit ve spermin bir tüp içinde laboratuvar ortamında bir araya getirilerek fertilizasyonun kendiliğinden olmasının beklenmesidir. Fertilizasyon sonrası embriyoların uterusu yerleştirilmesi işlemine ise embriyo transferi (ET) denir. IVF ve ET yöntemin başarılı olmasında kadının yaşı, erkeğin sperm faktörü, ET yapılma tekniği ve hormonal stimülasyona verilen yanıt etkili olmaktadır (43,44).

**4.İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI):** IVF uygulamasında erkek faktörü varlığında veya nedeni açıklanmamış infertilite olgularında ICSI ile fertilizasyon sağlanır. ICSI sonrası fertilizasyon oranları %50-75 arasında değişmektedir (41,43,44).

## **KADIN VE CİNSELLİK**

### **Cinselliğin Tanımı**

Cinsellik, doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, insan doğasının normal, fiziksel, organik ve emosyonel bir fonksiyonudur. Biyolojik, sosyal, kişilerarası ve kültürel yönleri olan, çok boyutlu, karmaşık bir olaydır (5,46). Üreme ile aynı anlamında kullanıldığı gibi cinsel yoldan uyarılan bireyde gözlenen davranışlar olarak da tanımlanabilmektedir (5,47).

Cinsellik insanların duyguları, değerleri, inanışları, tutumları, davranışları, kişilikleri, fiziksel görünüşleri ve içinde bulunduğu topluma göre şekillenen bir kavramdır. Sadece cinsel organları değil, tüm bedeni ve aklı içeren, cinsel istek, cinsel cevap ve cinsel kimlik boyutlarını kapsayan geniş bir ifadedir (5,36,48). DSÖ'nün tanımına göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur (49). Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil, duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir (50).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsel sağlık; cinsellikle ilişkili olarak bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönlerden iyilik olma halidir (49,51). Cinsel sağlık bir kişinin cinsel yaşamını herhangi bir zorlama olmadan, mutlu ve zarar görmeden sürdürebilmesidir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, güç kullanma, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliği yaşama durumudur (4).

### **Kadında Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi**

İnsanın cinsel uyarılara cevabı, tarihi süreç içinde birçok farklı model ile açıklanmaya çalışılmıştır. İnsan cinselliği ile ilgili ilk araştırma raporu Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (52,53). Bu rapor 1938 ile 1952 yılları arasındaki, insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerden oluşmaktadır. Kinsey ve arkadaşlarının çalışmaları sonrasında W. H. Masters ve V.E. Johnson tarafından yürütölen ve 10 yıldan fazla süren bir araştırmanın ardından 1966 yılında yayınlanan "İnsanda Cinsel Davranış" isimli kitap, insan cinsel fizyolojisi ile ilgili temel bilgileri içermektedir (54). Masters ve Johnson, insan cinselliğini laboratuvar ortamında ilk kez incelemiş, gönüllü kadın ve erkek denekler üzerinde sürdürdükleri çalışmalarında, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözleyerek ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel tepki sürecinin bütün evrelerini kaydetmişlerdir. Masters ve Johnson, fizyolojik uyarana verilen cinsel yanıtı uyarılma, plato, orgazm ve çözölme olarak birbirini izleyen 4 fazda tanımlamışlardır (46,55,56,57). 1979'da Kaplan istek, uyarılma ve orgazmdan oluşun üç faz tanımlamıştır. Kaplan'ın tanımladığı model kadının cinsel fonksiyon bozukluğunu sınıflandırmanın temelini oluşturmaktadır (58). Amerikan Ürolojik Hastalıklar Derneği (American Foundation of Urologic Disease-AFUD) konsensüs oturumunda, cinsel cevap döngüsü; cinsel istek, uyarılma, orgazm, çözölme dönemlerinden oluşun bir model olarak kabul edilmiştir (59). Cinsel fonksiyon döngüsü

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından tekrar düzenlenmiştir. Cinsel fonksiyon döngüsünün fazlarının son hali cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme şeklindedir (57,60).

**1. Cinsel istek evresi:** Cinsel fonksiyon döngüsünün ilk evresidir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin ortaya çıkması ile karakterizedir. Bu değişmeler parasempatik sinir sisteminin kontrolünde gerçekleşir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilmektedir. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişiyeye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresinin çok kısa sürebileceği gibi kişiyeye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarla gelirse bu evre uzayabilir ya da kaybolabilir (56,57,61,62).

**2. Uyarılma evresi:** Fizyolojik değişikliklerin en belirgin olduğu dönemdir. Uyarılma evresinde erkekte ereksiyon, kadında yaygın vazokonjesyon ve myotoni meydana gelir. Parasempatik sinir sisteminin kontrolünde gerçekleşir. Labia minörler kanla dolar ve genişler; klitoris retrakte olur. Uyarılma evresinde vajinada meydana gelen değişiklikler uzamaya neden olur ve 1/3'lük dış kısmı kanla dolarak daralır. Kas gerilimi, kan basıncı ve kalp hızında artış gözlenir. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Orgazm evresine giriş niteliğindedir (61,62).

**3. Orgazm evresi:** Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte ejakülasyon, kadın da ise perine ve vajinada ritmik kontraksiyonlar ve vazokonjesyon ile karakterizedir. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğun yaşanmaktadır (46,55,61).

**4. Çözülme evresi:** Uyarılma evresinden sonra yaşanan bu son evrede, erkekte ve kadında orgazm olduktan sonra ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda, diğer evrelerde oluşmuş olan fizyolojik değişiklikler dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek kaybolmaktadır. Kanın genital bölgeden çekilmesiyle bedenin dinlenme durumuna dönmesidir. Kadınlar bu evrede tekrar uyarı alıp bir başka orgazm evresine girebilir, erkekler ise refrakter dönem içerisine girer ve bu dönem içinde başka bir orgazm için uyarılamazlar (56,61,62).

### **Kadında Cinsel Fonksiyon Bozuklukları**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel fonksiyon bozukluğu, farklı nedenlere bağlı olarak, kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesidir. Cinsel fonksiyon bozuklukları;

kişinin sosyal ilişkilerini ve yaşamını etkileyen, cinsel istekte bozulmaya sebep olan ve cinsel yanıt döngüsünde psikofizyolojik değişime sebep olan bir durumdur (63). Cinsel bozukluğu, cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir döneminde veya birkaç döneminde olabilmektedir. Bozukluklar fizyolojik ve psikolojik nitelik taşıyabilmektedir (64).

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları kişilerarası etkileşimi olan, biyolojik ve psikolojik yönleri olan biyopsikososyal bir problemdir (65). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun, yaşam kalitesi, ruh sağlığı, benlik saygısı ve cinsel partneri ile olan ilişkileri üzerinde olumsuz birçok etkileri vardır. Partnerler arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyip mutsuz evliliğe, ilişkide memnuniyetsizliğe ve zayıf iletişime kendini önemsiz hissetmeye, cinsel istek azlığı ve cinsel memnuniyetsizliğe sebep olmaktadır (66).

Ülkemizde Ege ve ark. (67) yapmış olduğu çalışmada kadınların %45,6'sının, Gölbaşı ve ark. (68) yapmış olduğu çalışmada ise kadınların %69,4'ünün cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığını ortaya koymuştur. Hajikazemi ve Tabaghdehi (69) kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu %45,2 olarak saptamışlardır, aynı zamanda kadınların %39,6'sının cinsel istek, %35,5'inin heyecanlanma, %39,8'inin uyarılma, %42,7'sinin orgazm ve %47,3'ünün disparoni ile ilgili nedenler sebebiyle cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında belirtilen kadında cinsel fonksiyon bozuklukları;

1. Kadında Orgazm Bozukluğu
2. Kadında Cinsel ilgi/ Uyarılma Bozukluğu
3. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu
4. Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu
5. Tanımlanmamış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu

başlıkları altında toplanmıştır. Yaşam boyu tip, edinsel tip, yaygın tip, durumsal tip, psikolojik etkenlere bağlı, bileşik etkenlere bağlı gibi her bozukluk için geçerli alt tipler tanımlanmıştır: (70).

**1. Kadında Orgazm Bozukluğu:** Kadında orgazm bozukluğu DSM-V'de, cinsel aktivite sırasında orgazmda belirgin bir gecikme, sıklığında azalma ya da orgazmın yokluğu olarak tanımlanmaktadır. Ya da orgazm duyusunun yoğunluğunda azalma olarak görülebilmektedir. Bu durum anorgazmi olarak tanımlanması için en az 6 ay süresince devam etmelidir. Bazı kadınlar hayatları boyunca hiç orgazm durumu yaşamamışken, bazıları da çok nadiren olabilmektedir. Kadında orgazm bozukluğunun etiyolojisi psikososyal (yaş, eğitim, kişilik



vs.) ve biyolojik etkenleri (endokrin bozukluklar, antidepresanlar vs.) içermektedir. Orgazmla ilgili bozukluk dikkatlice değerlendirilmeli ve sınıflandırılmalıdır. Orgazmla ilgili fonksiyon bozukluklarında birinci olarak psikoeğitim, cinsel yanıt döngüsünün diğer aşamalarının değerlendirilmesi ve bunlar hakkında eğitim yapılmalıdır. İkinci olarak orgazmla ilgili fonksiyon bozukluğunun değiştirilebilir nedenlerini ortadan kaldırmak olmalıdır (örn: ilacının değiştirilmesi) (60,70).

**2. Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu:** Bu bozukluk cinsel aktiviteden zevk almanın azalması ya da olmaması ile tanımlanmaktadır. Cinsel aktivitenin uyarılma aşamasında oluşması beklenen fizyolojik değişikliklerin olmaması durumudur. Tipik olarak kişi cinsel aktiviteyi başlatmaz ve genellikle partnerinin cinsel aktiviteyi başlatma girişimlerine de açık değildir. Cinsel düşünceleri ya da fantezileri yoktur. Cinsel veya erotik yaklaşımlara karşı cinsel uyarılması ve tepkisi azalmıştır ya da hiç yoktur (60,70).

**3. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu:** Bu bozuklukta bireyler cinsel birleşme ve penetrasyon girişimlerinde ciddi şekilde zorluk yaşarlar. Ağrı, vajina girişi etrafında, klitoriste ya da derin pelviste hissedilir. Vajinal penetrasyon (birleşme) veya ağrı beklentisi nedeni ile kişi anksiyete ve korku yaşar. Vajinal penetrasyon girişiminde pelvis kaslarında sıkılma ve gerginlik ortaya çıkar. Bu durum yaşam boyu ya da sonradan ortaya çıkmış olabilir en az 6 ay süresince devam etmekte ve ciddi bireysel strese neden olmaktadır (70,71).

**4. Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel Fonksiyon Bozukluğu:** Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, cinsel fonksiyon bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların cinsel fonksiyon bozukluktan tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir cinsel fonksiyon bozukluğu kategorisi, bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, "tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu" diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn: "cinsellikten tikslenme") (70,71).

**5. Tanımlanmamış Diğer Bir Cinsel Fonksiyon Bozukluğu:** Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik

alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, cinsel fonksiyon bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların cinsel fonksiyon bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer cinsel fonksiyon bozukluğu kategorisi, bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (70,71).

### **İnfertilitenin Cinsel Yaşama Etkisi**

Dünya genelinde olduğu gibi, toplumumuzda da çocuk sahibi olmak sosyal, psikolojik ve ekonomik boyutları olan önemli bir durumdur. Evli çiftlerin büyük bir kısmı cinsel yaşamlarının sonucu olarak çocuk sahibi olmayı beklemektedirler (72). Bu durumun olumsuz sonuçlanmasının sonucu olarak eşlerin sosyal yaşamları, evlilik ilişkileri, cinsel yaşamları, gelecekle ilgili planları, benlik saygıları ve beden imgeleri olumsuz yönde etkilenmektedir (2,35,73). Toplumsal açıdan bakıldığında; çocuğa sahip olmak soyun, soyadın devam ettirilmesi olarak görüldüğü için çocuk olmaması durumu infertil çiftler üzerinde aynı zamanda toplumsal ve ailesel bir yük olarak da karşımıza çıkmaktadır (72).

Yaşama ait olan stresörleri, tıbbi hastalık ya da kişiler arası ilişkilerde olan problemleri, kadının cinsel fonksiyonlarını değerlendirme sırasında ele almak önemlidir. İnfertilite psikososyal etki ile ilişkilendirilmektedir. Bu sebepten dolayı önemli bir stresör olarak kabul edilmektedir (74). İnfertilite ile ilişkili stres bireylerin fiziksel ve duygusal durumlarını etkileyerek evlilik içi çatışmalara, cinsel birleşme sıklığında azalmaya, depresyon, kaygı ve kadın ya da erkek olarak “kendini yetersiz hissetme” algısına neden olmaktadır (73,74,75). Aynı zamanda infertilite tedavisi gören çiftlerin menstrüel döngü ve ovulasyon zamanlarını sürekli olarak takip etmek zorunda kalmaları, cinselliğin sadece üreme aracı olarak görülmesine ve kadın için fertil olmadığı zamanlarda, cinselliğin anlamsız ve önemsiz hale gelmesine neden olabileceği ileri sürülmektedir (8,73,75).

İnfertilite değerlendirmesi, çiftleri emosyonel ve cinsel açıdan rahatsız eden bir durumdur. Çiftlerin anamnezleri alınırken çiftlere cinsellik ve üreme konusundaki bilgileri gibi cinsel performansları ile ilgili sorular sorulmakta ve bu sorular çiftler tarafından rahatsızlık verici olarak görülebilmektedir (35). İnfertilitenin kendisi ve üremeye yardım için uygulanan tetkik ve tedavi girişimleri, hem bireylerin başa çıkma becerilerini zorlamakta, hem de emosyonel ve fiziksel enerjilerini azaltarak cinsel fonksiyon bozukluğuna ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olmaktadır (76).

İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon bozukluğu; sık görülen, yaşam kalitesini ve özgüveni azaltan, yalnızlık duygusuna sebep olan, kişilerarası ilişkileri etkileyen bir sağlık sorunudur (77). Cinsel problemler birçok neden bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Çiftlerin arasındaki ilişkinin kalitesi, iletişimsel problemler cinsel istek ile ilgili problemlerin en büyük nedenidir. Psikolojik olarak kendilerini yük altında hissetmeleri çiftin duygusal olarak birbirinden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum infertil çiftin cinsel fonksiyonları da dahil olmak üzere yaşamının her alanını etkiler (8).

İnfertilite nedeninin kadın ya da erkek kaynaklı olup olmadığına bakılmaksızın, infertilite sorunundan en olumsuz etkilenen kadındır. Çünkü infertilite nedeni erkekte olsa dahi karmaşık girişimsel tedavi yöntemlerine sıklıkla kadınlar maruz kalmaktadır (36). Nelson ve ark. (78) infertil kadınlarda depresyon ve cinsel bozukluklarının daha yaygın olduğunu belirlemişlerdir. Cinsel sorunlar dolaylı olarak cinsel ilişki sıklığını azaltabilir ya da infertil kadının cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (79). Oskay ve ark (80) infertil ve fertil kadınları karşılaştırmalı olarak inceledikleri çalışmalarında, infertil gruptaki kadınların %61,7'sinde, fertil kadın grubunun ise %42,9'unda cinsel fonksiyon bozukluğu saptamışlardır.

Kadınlarda cinsel disfonksiyon, cinsel istekte azalma, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, anorgazm biçiminde ortaya çıkmakta, bu doğrudan ya da dolaylı olarak gebe kalmayı güçleştirebilmektedir. Aynı zamanda tedavide kullanılan hormonlar da cinselliği olumsuz olarak etkilemektedir (35). Khademi ve ark. (81) kadınlarda %57, erkeklerde ise %48 cinsel fonksiyon bozukluğu saptamış olup, kadınlardaki cinsel fonksiyon bozukluğu en çok %80,2 ile uyarılma evresinde, sonrasında ise %22,8 ile orgazm evresinde olduğu bildirilmiştir. Algül ve Aksu (2) çalışmalarında infertil kadınların %82,7'sinde, erkeklerin ise %49,1'inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğunu, kadınların %61,5'inde cinsel isteksizlik, %42,3'ünde cinsel uyarılma bozukluğu, %61,5'inde vajinada ıslanma/nemlenme bozukluğu, %51,9'unda cinsel açıdan orgazm olamama, %18,7'sinde cinsel açıdan tatmin olamama durumlarının yaşandığını saptamışlardır. Yapılan başka bir çalışmada ise cinsel fonksiyon bozuklukları açısından sağlıklı ve infertil grup arasında fark bulunmamıştır (82).

Özet olarak infertilitenin hem cinsel fonksiyon ile hem de emosyonel durum ile ilişkisi çift yönlü olarak görünmektedir. Cinsel fonksiyon bozuklukları, infertilite tedavisi ve uygulamaları süresince gelişen depresyon ve anksiyete kaynaklı olarak ortaya çıkabilirken diğer taraftan da infertilitenin gerçek sebebi olabilmektedir. İnfertil çiftler cinsel problemlerini, ağırlı cinsel ilişki, ilaçlara bağlı cinsel isteğin azalması, hedef odaklı cinsel ilişki, partnerlerinin gerçekçi olmayan cinsel ısrarları, olumsuz beden algısı, yorgunluk ve depresyon şeklinde

olduğunu belirtmişlerdir (80,83). İnfertil çiftlerde cinsel sorunlar olabileceği ve çiftlerin bu durumlarını paylaşmaktan çekinebilecekleri öngörülmelidir (12).

## **KADIN VE DEPRESYON**

### **Depresyon Tanımı**

Depresyon yaygınlığı, kişisel ve toplumsal maliyetleri değerlendirildiğinde hem önemli bir psikiyatrik bozukluk hem de önemli bir halk sağlığı sorunudur (84,85). Bireyin yaşanan değişim, kayıp veya başarısızlığa uyum çabaları etkisiz olduğu zaman, patolojik bir durum olarak depresyon ortaya çıkmaktadır (86). Depresyon yinelemelerle devam eden, yüksek yeti yitimine neden olan, sık görülen, mesleki, toplumsal ve kişilerarası sorunların olduğu, ekonomik sonuçları olan bir bozukluktur (87). Depresyon kronikleşme özelliğinin olması, sebep olduğu iş ve sosyal kayıpların olması, güncel yaşam aktivitelerinde oluşturduğu olumsuzluklar nedeniyle tüm tıbbi hastalıklar arasında yeti kaybı yönünden 4. sırada yer almaktadır (88). DSÖ'nün 2001 raporuna göre 2020 yılına kadar depresyonun çalışma yaşamını etkileyen hastalıklar arasında birinci sırada olacağı tahmin edilmektedir (89).

### **Epidemiyoloji**

Depresyon dünyada ve ülkemizde psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülen hastalıkların başında gelmektedir. Depresyonun dünya da ki yaygınlığı %13-20, Türkiye de ki yaygınlığı %10 olarak belirtilmiştir. Majör depresyonun bir yıllık yaygınlığı %6,6, yaşam boyu prevalansı %5-17'dir (87). Depresyonun çocuk, yetişkin ve yaşlıları etkileyen, dünya genelinde tüm engelliliklerin yaklaşık olarak %12'sin de önde gelen neden, küresel hastalık yükünün %4,3'ünü oluşturduğu ve hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedeni olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de ise Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliye Etkililik çalışmasında depresyonun %4,4 ile dördüncü sırada yer aldığı, 2011 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı sonuçlarına göre ise "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" değerlendirilmesinde depresyonun kadınlarda %10,7 ile birinci sırada, erkeklerde %6,4 ile ikinci sırada olduğu ortaya konmuştur (90,91).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 9090 katılımcı ile 48 eyalette yürütülen NCS-R (Ulusal Eşitlik Araştırması-National Comorbidity Survey-Replication) çalışmasında Majör Depresif Bozukluğun (MDB) yaşam boyu prevalansı %16,2, 12 ay için olan prevalansı %6,6, epizot süresi ortalama 16 hafta olarak bulunmuştur (92). Topuzoğlu ve ark. (93) yapmış oldukları çalışmada yıl boyu MDB görülme prevalansını %8,2, kadınlarda yıl boyu prevalansı %11,0 ve erkeklerde %4,4 olarak saptamışlardır.

Majör depresyon kadınlarda erkeklerden 2 kat daha sık görülmektedir. Majör depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40 olup, hastaların %50'sinde 20-50 yaş arasında başlamaktadır. Majör depresyon, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda daha siktir. Irk ve etnik köken hastalığın görülüş sıklığını etkilememektedir (94,95). Majör depresyon insidansı, koruyucu sağlık hizmeti alanlarda %10, yatarak tedavi gören hastalarda ise %15'tir (96).

### **Etiyolojisi**

Depresyonun etiyolojisini kesin olarak belirleyen tek bir teori ya da hipotez ortaya konulamamıştır. Depresyon birçok nedene bağılı olarak ortaya çıkabilen bir tablodur. Bireyin yatkınlığını etkileyen genetik, biyokimyasal ve psikososyal etkenler birlikte değerlendirilmektedir (85,86). Hastalığın ortaya çıkış sebeplerine bakıldığında hastalığın başlangıcında psikososyal nedenlerin etken olduğu fakat hastalık ilerledikçe psikososyal neden olmadan da ortaya çıktığı görülmüştür. Tekrarlayıcı ataklarda biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı kabul edilmektedir (97).

### **Biyolojik Nedenler**

**1. Genetik faktörler:** Depresyon tanısı olan hastaların birinci derece yakınlarında hastalanma riski genel nüfusa göre iki üç kat daha fazladır. Majör depresyon ile ilgili yapılan ikiz çalışmaları, evlat edinme ve genişletilmiş soy ağacı çalışmalarında genetik geçişin önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (97,98). Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde aynı zamanlı hastalık çıkma oranı %37 olarak bulunmuştur (99).

**2. Biyokimyasal Faktörler:** Norepinefrin, Dopamin, Serotonin, Gama Amino Butirik Asit (GABA) ve Asetilkolin bütün beyin fonksiyonlarını kontrol eden nörotransmitterlerdir. Bu biyogenik aminlerin fonksiyonlarının bozulması davranışlarda ve duygulanımda bozukluklara neden olmaktadır (99).

**3. Nöroendokrin Değişimler:** Duygudurum bozukluklarında hipotalamus-hipofiz-tiroid ve hipotalamus-hipofiz-adrenal akslarındaki patolojiler üzerinde durulmaktadır. Özellikle adrenal akstaki bozukluk üzerinde yoğunlaşmıştır (97).

**4. Beyinde Yapısal Bozukluklar:** Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında (BBT, MRI, SPECT) Majör Depresif Bozukluk' ta frontal lopta ve kaudat çekirdekte küçülme, frontal kortikal kan akımında azalma gözlenmektedir (97,100).

**5. Uyku Bozuklukları:** Depresyon tanısı almış kişilerde uyku sürelerinde anlamlı kısalma meydana gelirken, periyot sayıları sabit kalmaktadır. Bu durum toplam periyotların daha kısa ama aynı sayıda uyunması anlamına gelmekte ve toplam uyku süresinin kısalmasına sebep olmaktadır. Özellikle REM (Rapid Eye Movement) latansındaki kısalma depresyona yatkınlık göstergesi olarak ele alınmaktadır. Bu yüzden birçok depresyonlu insan gece uyuduktan sonrada sabaha karşı erken saatte uyanırlar ve bir daha uyuyamazlar. Uykunun mevsimsel özelliği de bulunmaktadır. Kış aylarında ışık azalması ile birlikte serotonin azalmasından dolayı uykuya daha fazla ihtiyaç duyulur (97,100,101).

### **Psikososyal Faktörler**

**1) Psikanalitik Kuram:** Depresyonla ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud ve K. Abraham'a aittir. Bu görüşte yas ve depresyon arasındaki benzerlikler üzerine eğilmişler ve aralarındaki farkı "agresyonun bireyin kendisine yönelmesi" modeli ile açıklamaya çalışmışlardır. Freud, melankolinin sevilen bir objenin kaybindan sonra ya da gerçek bir ölüm veya duygusal reddedilme sonrasında birey için değerli olan soyut değerlerin kaybıyla ortaya çıktığını gözlemlemiştir. Freud melankolide depresif hastanın öfkesinin, kaybedilen objenin belirlenmesiyle içsel olarak kendine yöneltildiğini göstermiştir. Ayrıca Freud melankoliyi kişisel yatkınlık ve sevilen kişiye karşı zıt duygular yaşanmasıyla ilişkilendirmiştir. Bu nedenle kaybın önce egoya dahil edildiğini, daha sonra kaybedilen obje için hissedilen zıt duygulardaki düşmanca yanın benliğe karşı içe döndürüldüğünü varsaymıştır (84,86).

**2) Öğrenilmiş Çaresizlik Görüşü:** Seligman'ın (1973) köpeklerle yaptığı deneylerde; eğer hayvan kaçışın olmadığı bir ortamda sürekli acı veren elektrik uyarılarına maruz kalırsa belli bir süre sonunda kaçma davranışından veya girişimlerinden vazgeçtiklerini görmüştür. Benzer bir çaresizlik durumu, çok fazla başarısızlık yaşayan insanlarda vardır. Erken yaşlardan itibaren olumsuz hayat olayları ile karşılaşan, sürekli engellenen ve bu durumlarla baş edemeyen kişiler depresyona girebilir (85).

**3) Yaşam Olayları:** Yaşam olayları ve çevresel stres etkenleri duygudurum bozukluklarında özellikle ilk atakta etkili olmaktadır. Daha sonraki ataklarda ise nörotransmitter düzeylerinde değişikliklere neden olarak atakların yinelenmesine yol açtığı düşünülmektedir. Erken yaşta yaşanan kayıp ve ayrılıklar reseptör düzeyinde değişiklikler yapmakta ve ileri yaşlarda depresyona yatkınlık oluşturmaktadır (84,87).

4) **Nesne İlişkileri Kuramı:** Nesne kaybı teorisine göre, normalde bebek zaman zaman nefret ettiği annesinin (engelleyen, “kötü” nesne) ve sevdiği annesinin (ödüllendiren, “iyi” nesne) bir ve aynı (“bütün” nesne) olduğunu öğrenir. Bunun sonucu olarak çocuk, tutarlı bir benlik temeli olan “içsel iyi bir nesne” algısını geliştirir. Çocuk erişkin olunca da ağır depresyonlar geliştirmeye eğilim göstermez. Ancak, çocuk bu iki “parça nesne” (iyi ve kötü) bütünleştiremezse, yaşamının daha sonraki evrelerinde “infantil depresif durum”u aşamamış olarak yaşamına devam eder (86,87).

5) **Bilişsel (Cognitive) Görüş:** Aaron Beck ve arkadaşları depresyonun temelde bir duygudurum bozukluğu değil bilişsel bir bozukluk olduğunu ileri sürmüşlerdir. Duygudurum bozukluğunun bilişsel bozukluğa ikincil olarak geliştiğini ifade etmişlerdir. Çünkü insanın duygularının, düşünceleri sonucunda oluştuğu varsayılır. Onlara göre depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden itibaren yerleşmiş olan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar zamanla olumsuz düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür. Bu düşünceler kişinin aklına otomatik olarak farkına varmadan gelir. Bu durum engelleyicidir ve depresyonun sürmesine neden olur. Bilişsel davranışçı görüş depresyonun otomatik olarak gelişen olumsuz düşünmenin sonucunda oluştuğunu savunur (86,87).

6) **Hastalık Öncesi (premorbid) Kişilik:** Hastalık öncesi kesin bir kişilik tipi belirlenememesine rağmen bağımlılık, özseverlik (narsisizm), titizlik, güvensizlik ve suçlanma eğilimi olduğu belirtilmektedir (100).

### **Belirtiler**

Depresyonda bireyin üzüntülü bir duygudurum içinde olması, enerji azlığı ve ilginin ya da hayattan zevk alamaması en temel özellikleridir. Konuşma ve hareketlerde yavaşlama, düşünce akışında yavaşlama, konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, durgunluk, karamsarlık, kendine zarar verme ya da intihar düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri diğer sık görülen belirtilerdir. (102,103) Hastada çökkünlük dönemi belirti ve bulgularının en az iki hafta süre ile gözlemlendiği sendromdur.

DSM-V tanı koyma ölçütleri;

A-2 haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin ya da daha fazlasının bulunmuş olması;

semptomlardan en az birinin ya depresif duygudurum ya ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

- 1-Neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum
- 2-Neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama olması gerekir.
- 3-Kilo vermeye/almaya çalışmıyorken kilo alımı ya da kilo kaybı
- 4-Neredeyse her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması
- 5-Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması
- 6-Neredeyse her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması
- 7-Neredeyse her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması
- 8-Neredeyse her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık
- 9-Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen intihar etme düşünceleri ve intihar etmeye yönelik tasarılarının olması.

B-Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur

C- Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri ekarte edilmiş olmalı

D- Hiçbir zaman mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir (70).

### **Tedavi**

Majör depresif bozukluğun tedavisinde amaç depresyon belirtilerinin tam olarak yatışmasını sağlamanın yanı sıra toplumsal ve iş yaşamındaki işlevselliğin yeniden kazandırılmasıdır. Hastanın öyküsü alınırken, kişiye özgü depresyonun klinik görünümünün çerçevesi çizilir ve ortadan kalkması amaçlanan belirti ve bulgular belirlenir. Majör depresyon tedavisinde antidepresan ilaçlar, bireysel psikoterapi, bilişsel (kognitif) terapi, grup ve aile terapisi gibi psikoterapötik tedaviler, Elektrokonvülsif Terapi (EKT) ve Transkranyal Manyetik Stimülasyon (TMS) uygulanmaktadır (84,85,87,88).

**Psikofarmakoloji:** Antidepresanlar 1950'lerde Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) ve Trisiklik Antidepresanların (TCA) bulunması ile uygulanmaya başlamıştır. Antidepresanlar Norepinefrin, Serotonin ve Dopaminin nöronlar tarafından geriliminin bloke edilmesiyle konsantrasyonunun artmasını sağlarlar (86,97,103). Antidepresan ilaç seçiminde, söz konusu



ilaca daha önce verilen tedavi yanıtına, olası yan etkilerine ve daha özgül bir seçim yapmayı gerektiren eş zamanlı başka bir ruhsal bozukluk olup olmadığına göre belirlenir (97,103).

Antidepresan ilaç grupları

- Trisiklik ve Tetrasiklik Antidepresanlar
- Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
- MAO inhibitörleri
- Serotonin-NA Geri Alım İnhibitörü
- NA Geri Alım İnhibitörü
- Atipik Antidepresanlar
- Serotonin Geri Alımını Arttıranlar

Antidepresanların etkinliği ortaya geç çıkmaktadır ve yan etkileri daha çok tedavi başlangıcında görülür. Bu sebeple hastalar ilacı bırakabilir. Hastalara bu durum anlatılmalıdır. Antidepresan tedavisi hasta remisyona girdikten sonra en az 6-9 ay daha kullanılmalıdır (97,103).

**Elektrokonvülsif Terapi (EKT):** EKT, hastanın başındaki belli noktalara yerleştirilmiş olan elektrotlar yoluyla beyne kontrollü, kısa elektrik akımı uygulanmasıyla jeneralize epileptik nöbet oluşturulması temeline dayanan psikiyatrik bir tedavi yöntemidir (104). EKT, özellikle uyku, iştah ve enerjideki rahatsızlıklar gibi psikomotor gerileme ve nörovejetatif değişiklikler ve ek olarak psikotik belirtileri de içeren hastalardaki ciddi depresyonun tedavisinde ve intihar eğilimi olan hastalarda etkilidir. EKT, antidepresan ilaç tedavisinin etkisiz olduğu durumlarda tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir (87).

**Transkranyal Manyetik Stimülasyon (TMS):** TMS, EKT ile gözlenen aktiviteye benzer olarak, beyindeki sinir hücrelerini uyarmak amacıyla manyetik enerjinin çok kısa uyarımlarla kullanımını içerir. TMS ile elde edilen elektrik dalgaları EKT'deki gibi jeneralize nöbet aktivitesine neden olmaz. Dalgalar, kafa derisi üzerine yerleştirilen bir plaka yoluyla duygudurumun düzenlenmesinden sorumlu olan frontal kortekse gönderilir (86,105).

**Psikoterapiler:** Majör depresif bozukluğun tedavisinde ilaçların yan etkilerinin görülmesi, günlük yaşam fonksiyonlarının üzerine olumsuz etkilerinin olabilmesi ve yaşanan problemlere etkin yanıt vermemesi gibi durumlar antidepresanların kullanımı sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Hastalara öncelikle ilaç tedavisi uygulanır. Hastanın belirtilerinde gerileme oldukça depresyona neden olabilecek, depresyonu kronikleştirebilecek ya da yinelemesine neden olabilecek kişilik ve çevre nedenlerinin psikoterapi yöntemi ile ele alınması

gerekmektedir. Psikoanalitik yönelimli psikoterapi, kişilerarası terapi ve bilişsel davranışçı terapi depresyonun tedavisinde etkili yöntemlerdir (87).

### **İnfertilitenin Depresyona Etkisi**

Üreme ve neslini devam ettirebilme bütün canlıların en önemli ve temel içgüdüsüdür. Çocuk sahibi olunamaması durumu bireysel ya da çift olarak kişileri stresli ve üzüntülü bir dönem içerisine sokmaktadır (10,35). İnfertilite ve infertilite tedavisi, her iki eş için psikolojik, duygusal, finansal yükleri olan ve sıklıkla fiziksel olarak acı veren kompleks bir yaşam krizidir (106,107). Kişinin hayatını tehdit edebilecek bir hastalık olarak tanımlanmamasına rağmen infertilite bireyi, ailesini ve toplumu etkileyen çok yönlü bir sorundur (10,108).

Bazı toplumlarda anne baba olmak, toplum ve aile içerisinde statü kazanabilmenin tek yoludur. Ebeveyn olma rolünü yerine getiremeyen kişi kendini kimliğini kazanamamış olarak hisseder (7,35). İnfertilitenin stres yaratan etkilerinin; sosyal ve kültürel baskılar sebebi ile ortaya çıktığı düşünülse de, gerçek neden çocuk sahibi olmaya infertil çiftlerin yüklediği anlamdır (109). Annelik içgüdüsünün karşılanamaması, bedeninin kontrolünü kaybetme, doğuramama, kendini toplumdaki soyutlanmış hissetme, duygusal olarak evlat desteğinden mahrum kalma, toplumun kadına yüklediği sosyal rolü üstlenememe, benlik değerinde düşme kadının infertiliteye yüklediği anlamlardır. Baba olamama, erkeklik fonksiyonunda azalma ve neslini devam ettirememeye ise erkeğin infertiliteye yüklediği anlamlardır (6,35,110). Birçok çift için infertilite, çiftlerin yaşamlarındaki diğer işlerinin önüne geçerek odak noktaları haline gelir. İnfertilitenin en önemli emosyonel sonuçlarından bir tanesi kişinin kendi hayatının kontrolünü kaybetmesidir. Bu kayıp infertilite tanısı konulması ile birlikte başlar. Çünkü üremek, çift olmanın amacı anlamına gelebilmektedir (7,111). Toplum içerisinde yetişkin olarak kabul görmenin en önemli kısmından birisi de çocuk sahibi olabilmektir. Bu durum gerçekleşmediğinde çiftler üzüntülü ve öfkeli olabilirler. İnfertilite ile karşı karşıya kalmak çiftlerin yaşamını alt üst etmektedir. Birçok infertil çift özellikle kadınlar, infertilite ile ilgili tanı ve tedavi işlemlerini hayatlarının en üzücü deneyimi olarak değerlendirmektedirler. İnfertilite, boşanma, toplumda dışlanma ve damgalanma gibi kötü sosyal ve psikolojik etkileri ile beraberinde sosyal izolasyona ve ruhsal açıdan sorunlara neden olabilmektedir (10,109,112).

Üreme yeteneğiyle ilgili sorun olduğunda çiftlerin fiziksel sağlıklarını, cinsel yaşamlarını, ruhsal durumlarını, sosyal hayatlarını, evlilik ilişkilerini ve benlik saygılarını olumsuz olarak etkileyen karmaşık bir kriz ortaya çıkmaktadır (7,106). Bu kriz durumu kişilerin

tüm yaşamını ilgilendiren ve her açıdan zorlu geçen bir süreçtir. Beklenmedik anda ortaya çıkan bu krize çiftlerin verdiği tepki 5 evrede incelenmektedir. İlk evre şok evresidir. Şok evresini inkar evresi takip eder. Çiftler her ay yaşadıkları hayal kırıklıklarına stres, yorgunluk, geçirilen bir hastalık ya da yeterli sıklıkla cinsel ilişkiye girmeme gibi sebepler bulmaya çalışırlar. Çiftleri bekleyen diğer bir evre anksiyete evresidir. İnfertilite tedavisi görmeye başlayan kadın yoğun korku yaşayabilir. Tıbbi yardım almaktan utanabilir. Yapılan tetkikler karmaşık ve girişimsel olmaya başladıkça ve süreç uzadıkça anksiyete artabilir (83,115). Bir sonraki evre öfke evresidir. İnfertiliteyi anlamlı olarak açıklamaya yönelik arayış içine girme çabaları başlar. Bireyler geçmişte cezalandırmayı gerektirecek hatayı bulmaya çalışırlar ve bu çiftlerde öfkeye sebep olur. Yaşamış oldukları öfke nedeni ile eşler birbirlerini suçlayabilirler. Bu durum evlilik ilişkisinde sorunlara neden olabilir (114). Çiftin yaşadığı son evre suçluluk evresidir. Bu evrede eşler diğerinin anne/baba rolünü engellediğini düşünür ve suçluluk hissetmeye başlar. Özellikle infertilite tanısı almış kişi suçluluk hissini daha fazla hisseder. Bu suçluluk bireyi depresyona ve yalnızlığa sürükler (6,115). İnfertil çift için gebeliğin olmadığı her ay; menstruasyon ile birlikte var olan çocuğun kaybedilmesi gibi algılanır. Ölüm olayı gibi gerçek bir kayıp olmasa da, olmamış çocuğun yası tutulur. Çünkü kaybedilen sadece çocuk değil, aile olma ümidi ve mutlu bir gelecektir. Bu kayıp durumu, beraberinde yas ve depresyonu getirir. Bireyler zamanla hayattan zevk alamaz, bitkin bir hale gelirler (113,116).

İnfertilite ile ruhsal belirti ve bulgular arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Birçok araştırma infertilite ile ruhsal belirtiler arasında ciddi bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (107,113,117,118,119). İnfertil hastalarda psikolojik açıdan en büyük zorluğun anksiyete, tedavi başarısız çiftlerde ise depresyon olduğu saptanmıştır (111). Upkong ve Orji (120) infertil ve sağlıklı grup üzerinde yürüttükleri çalışmalarında infertil grubun %42,9'un da, sağlıklı grubun ise %11,5'inde depresyon saptamışlardır. Noorbala ve ark (121) infertil kadınlarda psikiyatrik hastalık görülmesi oranını %44, fertil kadınlarda görülme oranını ise %28,7 olarak bildirmişlerdir. İnfertilite hastalarında psikolojik stres prevalansını belirlemek için 112 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada %40'ının bir psikiyatrik bozukluk için ölçütleri karşıladığı belirlenmiştir. En sık görülen tanı anksiyete bozukluğudur (%23). Bunu majör depresif bozukluk (%17), distimik bozukluk (%9,8) takip etmektedir (123).

## **İNFERİTİL KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞUNUN DEPRESYONA ETKİSİ**

Cinsellik, insan hayatının en temel öğelerinden birisidir. Fiziksel ve mental sağlığın içinde yer alıp, hareketlerimizi, düşüncelerimizi, etkileşimlerimizi etkiler ve yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilir (61). Kadının yaşam kalitesinin merkezinde bulunan cinsellik aynı zamanda biyolojik, duygusal ve sosyal iyilik halinin de yansımasıdır. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları biyolojik, psikolojik ve kişisel etkenlerden oluşan çok boyutlu ve birçok nedenin bir araya gelmesinin sonucunda meydana gelen durumdur (123,124,125). Kişilerarası ilişkilere, fiziksel sağlık durumuna ve yaşam kalitesine büyük bir etkisinin olduğu bilinmektedir (126,127,128).

İnfertilite kadınlığın annelik, erkekliğin üretkenlik ile bir tutulduğu toplumlarda bireyin cinsel kimliğinin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Toplumun çocuksuz kadını dışlaması, eşinin cinsel kabiliyetini sorgulaması emosyonel sorunlara, evlilik ilişkilerinde bozulmaya ve cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir (9,75). İnfertilite durumunda cinsellik üreme fonksiyonunun ötesine geçerek yaşamın birçok alanında yaşanan sorunların oluşmasına sebep olmaktadır (2,111). Eşler infertiliteye farklı tepkiler gösterebilmektedirler. Bu tepki infertilite nedeninin hangisinde olduğuna göre değişebilmektedir (72,113). İnfertilite ve infertilite için uygulanan tetkik ve tedavi girişimleri kişinin ve eşlerin başa çıkma becerilerini zorlar ve aynı zamanda fiziksel ve emosyonel enerjisini tüketerek cinsel fonksiyon bozukluğu, depresyon, kaygı ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olmaktadır (111,121).

İnfertilite tanı ve tedavisi sırasında kişinin değerlendirilmesi hem duygusal olarak hem de cinsel yönden eşleri rahatsız eden bir durumdur. Tedavi süresince cinsellik sadece çocuk sahibi olmak için gerçekleştirilen bir eyleme dönüşebilmektedir (73,116). Özellikle cinsel ilişki zamanının belirlenmesi kişiler tarafından görev gibi algılanmaya başlanmaktadır. Ayrıca ilişkide dölleme amacının olması ve belli pozisyonlara yönlendirilme çiftin cinselliklerini göz önünde ve baskı altında yaşadıklarını hissettirebilmektedir (75,115). İnfertil olan birey cinsel açıdan kendini yetersiz görebilir ve ilişkiden duyduğu haz kaybolabilir. İnfertilite teşhisini koymak için yapılan testler bireyi olumsuz yönde etkileyerek cinsel isteksizliğe neden olabilmektedir. Tedavi sürecinde kullanılan hormonlar da eşlerin cinsel fonksiyonlarını ve cinselliği etkileyebilir (116,117). İnfertilite tedavisinin uzun sürmesi nedeni ile de çiftin ilişkisi olumsuz etkilenebilir. Yapılmış çalışmalara bakıldığında; infertilite çiftlerin cinsel fonksiyonlarını etkilemekte ve cinsel ilişki sıklığında azalmaya neden olmaktadır (8,31,75). Çiftlerin evlilik ve cinsel ilişkiden duydukları haz ve ilginin kaybolması depresif duruma yol

açabilir. Her ay umut ile bekledikleri gebeliğin gerçekleşmediğini görmek yoğun depresif duyguların yaşanmasına neden olabilir (31,73,130).

Depresyon, beyinde meydana gelen reseptör ve nörotransmitter değişiklikleri ile bağlantılıdır (128,131). Depresyon ve infertilite arasındaki ilişkiye baktığımızda, depresyon fizyolojisi ile ortaya çıkan prolaktin yüksekliği, hipotalamus-hipofiz-adrenal aksındaki bozukluklar ve hipotiroidi gibi değişiklikler direk olarak infertiliteyi etkilemektedir (111). Aynı zamanda serebral korteks, limbik ve endokrin sistem cinsel fonksiyonların düzenlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Dopamin salınımı cinsel uyarılma merkezini etkileyerek libido ve uyarılmayı arttırırken, serotonin salınımı ise orgazm ve ejakülasyonda gecikme ile ortaya çıkan bir azalmaya yol açmaktadır (128,132). Östrojen, androjenler ve prolaktin cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili hormonlardır. Androjenler her iki cinsiyet üzerinde de cinsel isteğin başlamasında ve sürdürülmesinde büyük etkiye sahiptir (133). Prolaktin ise, antidepresan ilaçların kullanımı sonucunda yükseklikte, yüksekliğinde ise cinselliği ve cinsel isteği azaltabilmektedir (134,135). Depresyon ve cinsel fonksiyon bozuklukları arasındaki ilişki açık bir şekilde kabul edilmiştir (128,136,137). Depresif ve sağlıklı grup ile yürütülen bir çalışmada depresyon hastalarının üçte ikisinden fazlasında cinsel isteksizlik bulunmuştur (124). Pereira ve ark. (138) katılımcıların %41,3'ünde cinsel disfonksiyon belirlenmiş olup cinsel disfonksiyonu olan kadınların %36,1'de anksiyete ve %21,9'da depresyon saptanmıştır.

İnfertilitenin hem cinsel fonksiyonlarla hem de emosyonel durum ile ilişkisi iki yönlüdür. Cinsel fonksiyon bozuklukları bir yandan infertil çiftlerde infertilitenin asıl sebebi olabilirken diğer yandan infertilite ve tedavi uygulamaları sırasında gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (111,139). Shindel ve ark (140) infertil çiftlerde yapmış oldukları çalışmalarında erkeklerde %11, kadınlarda %28 oranında libido azalması saptamıştır. Karlidere ve ark (116) yapmış oldukları çalışmalarında infertil çiftlerde depresif semptomlar ile cinsel fonksiyonlar arasında anlamlı ve doğrusal bir ilişki belirlenmiştir. Tashbulatova ve ark (76) çalışmalarında infertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu oranını %35,5, depresif olmayanlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu %30,5 ve depresif olanlarda ise cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı %73,9 olarak saptamışlardır. Yapılan bir çalışmada ise infertil kadınlar arasında cinsel fonksiyon bozukluğu olanların %29,2'sinde depresif semptomlar saptanmıştır (9).

## **İNFERİL KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI VE DEPRESYON DURUMUNDA KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ**

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorunları içinde barındıran, kişiyi özel, beklenmedik stresörlerle karşılaştıran, genellikle toplumsal damgalanma ile sonuçlanan ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen bir durumdur (9,110). Bu sebeplerden dolayı ve çiftlerin biyolojik çocuk sahibi olma yeteneğinin olmadıklarını öğrenmeleri, infertilite tanısı almış eşlerde nasıl baş edeceklerini bilmedikleri bir kriz ortaya çıkmaktadır (107,110). Toplumun infertil çiftlerden beklentilerinin olması, infertil çiftin yaşadığı yas ve kederin derinleşmesine ve sürekli olmasına neden olmaktadır (141). Ayrıca eşler tedavi süresince gebeliğin olmaması ve başarısızlık gibi beklenmedik durumlarla karşı karşıya kalıp yeni krizler yaşayabilmektedir (110). İnfertilitenin ve tedavi sürecinin bir yaşam krizi olarak tecrübe edilmesi, çiftlerin yaşanan depresyon, anksiyete ve cinsel fonksiyon bozuklukları sorunları ile başa çıkamaması, infertil birey ya da çifte danışmanlık verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır (10,141).

İnfertil birey ya da çiftlerin yaşadıkları duygusal problemleri, umutsuzluklarını ve eşler arasındaki ilişki problemlerini ifade etmeleri için psikiyatri hemşireleri konsültasyon ve liyezon hemşireliği adı altında danışmanlık yapabilmektedirler (113,142). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), genel hastane uygulamasında biyopsikososyal anlayışı hayata geçirip, fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve bakımı bütünleştirmek, bireylere psikiyatrik tedavi hizmetlerinin ulaşmasını sağlamaktadır. KLP ekibinde psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve KLP hemşiresi birlikte çalışmaktadır. Ekip içerisinde yer alan meslek üyeleri arasındaki etkileşim bütüncül bakım ve tedavi anlayışını benimseyen bir yapıyı gerektirir. Çünkü insan çok boyutlu bir varlıktır ve biyolojik, psikolojik, sosyal, spiritüel boyutlar birbiriyle bağlantılı ve ilişkilidir (143). KLP hemşiresinin temel amacı, tıbbi servislerde yatan hastalarda psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak, tedavi etmek, bireyin hastalığı ve hastalığın sonucunda ortaya çıkan yaşam sorunları ile baş etmesine rehberlik ederek bütüncül yaklaşım ile hastaya yaklaşım sunmaktır (144,145).

İnfertil çiftlerde en ideali tanısal işlemlerin yapılmaya başlandığı zaman psikososyal danışmanlık almaya başlanmasıdır. İnfertil çiftin yardımcı üreme teknikleri işlemlerine yönlendirildiğinde mutlaka psikososyal değerlendirmeden geçmesi gerekmektedir. KLP hemşiresi, çiftlerin ilk değerlendirmesini yapabileceği gibi infertilite hemşiresinin yönlendirmesi sonucunda da çiftlerin psikososyal danışmanlık alması için konsültan olarak da görev yapabilmektedir (144,146). KLP hemşiresi infertil çiftler ile yaptığı psikososyal

değerlendirme sonucuna göre infertil çiftlerde psikopatoloji geliştirebilecek ve uyumlarını zorlaştırabilecek durumları tanımlayıp uygun baş etme yollarını belirlemelidir. KLP hemşiresinin diğer bir hedefi psikososyal değerlendirme sonucunda ortaya çıkan sonuçlara yönelik birey ya da çiftlerin sorunlarına uygun müdahaleler geliştirmektir (147,148).

İnfertil çiftler, yaşamış oldukları cinsel fonksiyon sorunları ve depresif semptomların varlığı ile ilgili duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmeli ve farkındalıkları artırılmalıdır (149). Psikososyal problemlerin infertilitenin sonucu olduğu kanısı ve bu sorunların bireyin tüm yaşamına ve gebe kalma oranlarına olan etkisi nedeni ile KLP ekibi içinde yer alan psikiyatri çalışanları psikoterapötik müdahalelere yönelmiştir (150). Bilişsel temelli psikoterapi uygulamaları, problem odaklı terapi ve destekleyici terapi gibi terapiler, stres ve kriz yönetimi müdahaleleri öncelikli olarak KLP hemşireleri olmak üzere ruh sağlığı çalışanları tarafından uygulanmaktadır. Bu programların etkinliği yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur (12,142,151). Bu uygulamalar ile infertil çiftlerin özellikle yaşamış oldukları depresyon ve cinsel fonksiyon sorunları ile başa çıkmalarını güçlendirmek, bilgilenme ve danışmanlık ihtiyaçlarını karşılamak, evlilik ve sosyal ilişkilerini güçlendirmek amaçlarını içermektedir.

Sonuç olarak, infertil çiftlerin özellikle de infertil kadınların, çocuk sahibi olamamaya bağlı psikososyal problemler ve stres yaşadığı, toplum içinde damgalanmaya maruz kaldığı, çok fazla kayıp yaşadığı ve yardımcı üreme tedavisi sürecinin psikolojik etkilerinin ortaya çıktığı görülmektedir (113). İnfertilite sürecinde kadınlarda yaşanan cinsel fonksiyon bozukluğu ve depresyon arasındaki ilişki yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. İnfertilite tedavisi basamaklarında kadınların karşılaştıkları psikososyal problemlerle başa çıkabilmeleri için KLP hemşiresi tarafından planlanıp, uygulanan psikoterapi uygulamaları oldukça önemlidir.

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, infertil olan ve olmayan kadınlarda cinsel fonksiyonlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir çalışmadır.

### **ARAŞTIRMA SORULARI**

1. İnfertil ve fertil kadınlarda depresif belirtiler görülme sıklığı ve düzeyi nasıldır?
2. İnfertil ve fertil kadınların cinsel fonksiyon durumları nasıldır?
3. İnfertil ve fertil kadınların cinsel fonksiyon durumları ve depresif belirtileri arasında ilişki var mıdır?
4. İnfertil ve fertil kadınların depresif belirtileri üzerine etkili faktörler nelerdir?
5. İnfertil ve fertil kadınların cinsel fonksiyon durumları üzerine etkili faktörler nelerdir?

### **ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma verileri, 27 Ekim 2015-15 Nisan 2016 tarihleri arasında bir üniversitenin sağlık araştırma ve uygulama merkezi, yardımcı üreme teknikleri merkezi (tüp bebek) ve jinekoloji polikliniğinde toplanmıştır. Araştırma tüp bebek merkezine başvuran infertil kadınlar (n=96) ve jinekoloji polikliniğine başvuran fertil kadınlar (n=96) ile gerçekleştirilmiştir.



## **ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

### **Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, 27 Ekim 2015-15 Nisan 2016 tarihleri arasında bir üniversitenin sağlık araştırma ve uygulama merkezi, yardımcı üreme teknikleri merkezi (tüp bebek)'ne başvuran infertil kadınlar ve jinekoloji polikliniğine başvuran fertil kadınlar oluşturdu.

### **Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örnekleme 27 Ekim 2015-15 Nisan 2016 tarihleri arasında bir üniversitenin sağlık araştırma ve uygulama merkezi, üremeye yardımcı teknikler merkezi (tüp bebek)'ne ve jinekoloji polikliniğine başvuran üreme çağı kadınları arasında oluşturuldu. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü saptamada evrendeki birey sayısı bilinen örneklem genişliği formülü kullanıldı ( $n=N t^2 pq/ d^2 (N-1) + t^2 pq$ ). Örneklem seçiminde tabakalı olasılıksız örneklem seçim yöntemi kullanıldı. Araştırmanın örneklemini, 0,80 power (test gücü), %5 (0,05) hata payı ve %95 güven düzeyi ile 96 infertil kadın, 96 fertil kadın olmak üzere toplam 192 kadın oluşturdu.

### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

Araştırmanın infertil kadın grubuna, klinik olarak infertilite tanısı olan, en az 6 aydır infertilite tedavi öyküsü olan, klinik düzeyde yatışı gerektirecek kronik bir hastalık öyküsü olmayan, infertilite tedavisinden önce kendi ifadesi ile psikiyatrik bir tanı almamış olan, iletişim güçlüğü yaşamayan, çalışmaya katılma konusunda gönüllü infertil kadınlar dahil edildi.

Araştırmanın fertil kadın grubuna, klinik olarak infertilite tanısı olmayan, klinik düzeyde yatışı gerektirecek kronik bir hastalık öyküsü olmayan, kendi ifadesi ile psikiyatrik bir tanı almamış olan, iletişim güçlüğü olmayan ve çalışmaya katılma konusunda gönüllü fertil kadınlar dahil edildi.

## **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (İndex of female sexual function /IFSF) kullanılarak toplandı.

### **Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan bilgi formu, infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık geliri, kimlerle birlikte yaşadığı) ile ilgili 12 soru, evliliğe ilişkin özellikleri ile ilgili 4 soru ve infertilite ile ilgili 12 soruyu içeren toplam 28 sorudan oluşturuldu (Ek 1). Fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık geliri, kimlerle birlikte yaşadığı) ile ilgili 16 soru, evliliğe ilişkin özellikleri ile ilgili soru olmak üzere toplam 19 sorudan oluşturuldu (11,106,108) (Ek 2).

### **Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Beck (152) tarafından 1961 yılında geliştirilen, BDÖ depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtilerin derecesini objektif olarak ölçmeye yarayan bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır. BDÖ toplam 21 sorudan oluşmakta olup her bir soru 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek,  $17 \geq$  depresif semptomlar mevcut,  $17 <$  ise depresif semptomlar yok biçiminde değerlendirilmektedir. Hisli (153,154) ölçeğin Cronbach alfa değerini 0,80 olarak belirlemiştir. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,89 olarak bulundu (Ek 3).

### **Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function/IFSF)**

Kaplan ve ark. tarafından 1991 yılında geliştirilen, Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksinin (Index of female sexual function/IFSF), ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği 2002 yılında Yılmaz ve Eryılmaz tarafından yapılmıştır. Kadının son bir aylık dönemdeki cinsel fonksiyon durumunu sorgulayan toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Cinsel fonksiyon, cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Cevapların puanlaması 1' den (neredeysen hiç ya da hiç), 5-6' e kadar (hemen hemen her zaman ya da her zaman) şeklindedir. Son 1 ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmayanlarda 0 olarak puanlanır. Soruların analizi ve alt boyutların puanlanması birbirinden farklıdır. Soru 1 ve 2 cinsel ilişkide rahatsızlık (2-12 puan arası); soru 3,4,5,9 cinsel ilişki sıklığı/libido (4-21 puan arası), soru 6,7,8 cinsel doyum (3-16 arası) ölçeğin

alt boyutlarıdır. Ölçekten alınacak yüksek puan 49, en düşük puan 9'dur. Total skor arttıkça cinsel fonksiyonda artma, azaldıkça cinsel fonksiyonda azalma olarak değerlendirilir. Genel olarak total skorunun 30 ve 30'un altında olması cinsel disfonksiyon açısından riskli kabul edilmektedir. Yılmaz ve Eryılmaz ölçeğin Cronbach alfa değerini 0,82 olarak belirlemiştir (155). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulundu (Ek 4).

### **ETİK KURUL ONAYI**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan TÜTF-BAEK 2015/176 sayılı etik onayı alındı (Ek 5). Araştırmanın yapıldığı üniversitenin sağlık araştırma ve uygulama merkezi başhekimliği'nden 79056779/600-6857 sayılı yazılı izin alındı (Ek 6).

### **VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULANMASI**

Verilerin toplanması; infertil çiftler için ayrılmış olan özel bir odada her bir infertil kadın ile yüz yüze yapılan görüşmeler ile ortalama 15 dakika sürdü. Fertil kadınlarla, jinekoloji polikliniğinde görüşme odasında yüz yüze yapılan görüşmeler ile ortalama 10 dakikada veriler toplandı. Veri formlarında hasta kimliği ile ilgili bilgi sorgulanmamış olup kodlama sistemi kullanıldı. Veri toplanmaya başlamadan önce, katılımcılar çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilerek, bilgilendirilmiş onamları alındı.

### **VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Beck Depresyon Ölçeği ve Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksinin güvenilirliği Reliability analizi ile incelendi. Ölçeğe ilişkin Cronbach-alfa katsayıları hesaplandı. Sonuçlar ortalama, standart sapma ya da sayı (%) olarak ifade edildi. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunluğunda Tek örneklem Kolmogorov Smirnov Testi kullanıldı. İnfertil ve fertil kadınlar arasında niceliksel değerler açısından farklılık olup olmadığını saptamada, normal dağılım göstermeyenler için Mann Whitney U testi kullanıldı. İnfertil ve fertil kadınlar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkileri incelemeye Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi.

## **BULGULAR**

Araştırma, 27 Ekim 2015-15 Nisan 2016 tarihleri arasında, infertil olan ve olmayan kadınlarda cinsel fonksiyonlar ve depresyon belirtiler arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla 96 infertil kadın, 96 fertil kadın olmak üzere toplam 192 kadın üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmada, katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra bulgular;

- İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik ve diğer özellikleri
- İnfertil ve fertil kadınların BDÖ ve IFSF ölçeğine ilişkin özellikler
- İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik ve diğer özellikleri ile cinsel fonksiyonlar ve depresif belirtiler arasındaki karşılaştırmaya dair özellikler

### **İNFERİL VE FERTİL KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE DİĞER ÖZELLİKLERİ**

Tablo 1’de infertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Buna göre infertil kadınların ortalama yaşının  $31,1 \pm 5,1$  fertil kadınların ortalama yaşı  $32,5 \pm 5,2$ , infertil kadınların ortalama evlilik yaşının  $24,2 \pm 5,1$ , fertil kadınların ortalama evlilik yaşının  $22,9 \pm 3,9$  olduğu bulundu. İnfertil kadınların %81,2’sinin çekirdek aile, fertil kadınların ise %88,5’inin çekirdek aile tipine sahip olduğu bulundu. İnfertil kadınların eğitim durumuna bakıldığında, %52,1’inin lise ve üstü, fertil kadınların %81,2’sinin lise ve üstü mezunu olduğu bulundu. İnfertil kadınların eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında, %59,4’ünün lise ve üstü, fertil kadınların eşlerinin %86,5’inin lise ve üstü mezunu olduğu saptandı. İnfertil kadınların %55,2’sinin çalışmadığı, Fertil kadınların %53,1’inin çalıştığı tespit edildi. İnfertil kadınların eşlerinin %95,8’inin, fertil kadınların eşlerinin ise %96,9’unun

çalıştığı saptandı. İnfertil kadınların %79,2'sinin gelir düzeyinin orta, fertil kadınların %53,1'inin gelir düzeyinin orta olduğu bulundu. İnfertil %81,2'sinin sigara içmediği, %96,9'unun alkol kullanmadığı ve %93,8'inin herhangi bir fiziksel hastalığının olmadığı belirlendi. Fertil kadınların %68,8'inin sigara içmediği,%86,5'inin alkol kullanmadığı ve %96,9'unun herhangi bir fiziksel hastalığının olmadığı tespit edildi.

Çalışmada infertil (n=96) ve fertil (n=96) kadınların eğitim durumu, eşin eğitim durumu, gelir durumu ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı fark saptandı (p<0,05). İnfertil ve fertil kadınların yaş, evlilik yaşı, aile biçimi, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sigara kullanma durumu, fiziksel hastalık öyküsü açısından aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, kadınların sosyo-demografik özelliklerinin birbirine benzer olduğu saptandı (p>0,05), (Tablo 1).

**Tablo 1. İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri**

Sosyo-demografik özellikler	İnfertil Kadınlar (n=96) Ort.±SS n(%)	Fertil kadınlar (n=96) Ort.±SS n(%)	İstatistik	
Yaş	31,1±5,1	32,5±5,2	Z:-1,836	p=0,066
Evlilik Yaşı	24,2±5,1	22,9±3,9	Z:-1,574	p=0,116
<b>Aile biçimi</b>				
Çekirdek aile	78 (81,2)	85 (88,5)	$\chi^2$ :1,990	p=0,158 <sup>b</sup>
Geniş aile	18 (18,8)	11 (11,5)		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim ve altı	46 (47,9)	18 (18,8)	$\chi^2$ :18,375	p<0,001 <sup>b</sup>
Lise ve üstü	50 (52,1)	78 (81,2)		
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim ve altı	39 (40,6)	13 (13,5)	$\chi^2$ :17,829	p<0,001 <sup>b</sup>
Lise ve üstü	57 (59,4)	83 (86,5)		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Ev hanımı	53 (55,2)	45 (46,9)	$\chi^2$ :1,334	p=0,248 <sup>b</sup>
Çalışıyor	43 (44,8)	51 (53,1)		
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	92 (95,8)	93 (96,9)	p=0,50 <sup>c</sup>	
Çalışmıyor	4 (4,2)	3 (3,1)		
<b>Gelir Durumu</b>				
İyi	20 (20,8)	45 (46,9)	$\chi^2$ :15,187	p=0,001 <sup>b</sup>
Orta	76 (79,2)	51 (53,1)		
<b>Sigara kullanma durumu</b>				
Evet	18 (18,8)	30 (31,2)	p=0,066 <sup>c</sup>	
Hayır	78 (81,2)	66 (68,8)		

**Tablo 1. (devam) İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri**

Sosyo-demografik özellikler	İnfertil Kadınlar (n=96) Ort.±SS n(%)	Fertil Kadınlar (n=96) Ort.±SS n(%)	İstatistik	
<b>Alkol kullanma durumu</b>			$\chi^2:5,523^a$	<b>p=0,019<sup>a</sup></b>
Evet	3 (3,1)	13 (13,5)		
Hayır	93 (96,9)	83 (86,5)		
<b>Fiziksel hastalık öyküsü</b>			$\chi^2:5,049$	p=0,654 <sup>b</sup>
Var	6 (6,2)	3 (3,1)		
Yok	90 (93,8)	93 (96,9)		

$\chi^2$ =Ki-Kare Testi (a: Continuity Correction; b: Pearson Chi-Square; c: Fisher Exact Test) Z=Mann-Whitney U

Tablo 2’de infertil kadınların evlilik ve psikiyatrik öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Buna göre infertil kadınların tedavi masraflarının %47,9’unun sosyal güvencesi tarafından karşılandığı, %92,7’sinin evliliğinin ilk evliliği olduğu, %76’sının evlilik şeklinin tanışarak olduğu belirlendi. Katılımcıların %97,9’unun tedavi süresince psikiyatrik tedavi almadığı, %99’unun eşi ile birlikte psikiyatrik tedavi almadığını ifade ettiği saptandı (Tablo 2).

**Tablo 2. İnfertil kadınların evlilik ve psikiyatrik öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı**

		n (%)
<b>Tedavi Masraflarını Kim Karşılıyor</b>	Kendi	11 (11,5)
	Sosyal Güvence	46 (47,9)
	Bir kısmı kendi/bir kısmı Sosyal Güvence	38 (39,6)
	Ailesi ve Yakınları Destek Oluyor	1 (1)
<b>Evliliği ilk evliliği mi?</b>	Evet	89 (92,7)
	Hayır	7 (7,3)
<b>Evlilik Biçimi</b>	Görücü Usulü/İstemedi Görücü Usulü/İsteyerek	2 (2,1)
	Tanışarak	21 (21,9)
		73 (76,0)
<b>Tedavi süresince psikiyatrik yardım öyküsü</b>	Evet	2 (2,1)
	Hayır	94 (97,9)
<b>Tedavi süresince eşle birlikte psikiyatrik yardım öyküsü</b>	Evet	1 (1,0)
	Hayır	95 (99)

Tablo 3'te infertil kadınların infertiliteye ilişkin özellikleri verilmektedir. Buna göre infertil kadınların %81,2'sinin primer infertil olduğu belirlendi. İnfertilite sebeplerine bakıldığında %37,5'inin infertilite nedeninin belli olmamasının, %24'ünün eşinin sperm sayı ve kalitesinin az olmasının, %22,9'un da over yetmezliğinin olmasının, %10,4'ün de çeşitli hastalıkların olmasının ve %5,2'sinin eşinde hiç sperm olmamasının infertilite sebebi olduğu saptandı. Katılımcıların %35,4'ünün 3-5 yıldır, %26'sının 9 ve üstü yıldır, %21,9'unun 0-2 yıldır ve %16,7'sinin 6-8 yıldır çocuğunun olmadığı bulundu.

İnfertil kadınların %66,7'sinin 0-2 yıldır, %15,6'sının 3-5 yıldır, %10,4'ünün 9 ve üstü yıldır ve %7,3'ünün 6-8 yıldır infertilite tedavisi gördüğü belirlendi. Katılımcıların %44,8'i hiç IUI yaptırmamışken, %27,1'inin 1 kez, %13,5'inin 2 kez, %10,4'ünün 3 kez ve %4,2'sinin ise 4 ve üstü kez IUI yaptırdığı saptandı. Katılımcıların %64,6'sı hiç IVF yaptırmamışken, %14,6'sının 1 kez, %12,5'inin 2 kez, %6,2'sinin 3 kez ve %2,1'inin ise 4 ve üstü kez IVF yaptırdığı bulundu. İnfertil kadınların %47,9'unun tedaviye başlamalarını ilk olarak eşi ve kendisinin, %34,4'ünün kendisinin, %7,3'ünün ise arkadaşının önerdiğini ifade ettiği saptandı (Tablo 3).

**Tablo 3. İnfertil kadınların infertiliteye ilişkin özelliklerinin dağılımı**

		<b>n (%)</b>
<b>İnfertilite Şekli</b>	Primer İnfertil	78 (81,2)
	Sekonder İnfertil	18 (18,8)
<b>İnfertilite Sebebi</b>	Over Yetmezliği	22 (22,9)
	Eşimin Sperm Sayı ve Kalitesinin Azlığı	23 (24,0)
	Eşimde Hiç Sperm Olmaması	5 (5,2)
	Çeşitli Hastalıklar	10 (10,4)
	Nedeni Belli Değil	36 (37,5)
<b>Kaç Yıldır Çocuğu Olmuyor</b>	0-2 Yıl	21 (21,9)
	3-5 Yıl	34 (35,4)
	6-8 Yıl	16 (16,7)
	9 ve Üstü	25 (26)
<b>Kaç Yıldır İnfertilite Tedavisi Görüyor</b>	0-2 Yıl	64 (66,7)
	3-5 Yıl	15 (15,6)
	6-8 Yıl	7 (7,3)
	9 ve Üstü	10 (10,4)
<b>İntrauterin İnseminasyon (IUI) Sayısı</b>	0	43 (44,8)
	1	26 (27,1)
	2	13 (13,5)
	3	10 (10,4)
	4 ve Üstü	4 (4,2)

**Tablo 3. (devam) İnfertil kadınların infertiliteye ilişkin özelliklerinin dağılımı**

		<b>n (%)</b>
<b>İnvitro-fertilizasyon (IVF) Sayısı</b>	0	62 (64,6)
	1	14 (14,6)
	2	12 (12,5)
	3	6 (6,2)
	4 ve Üstü	2 (2,1)
<b>İnfertilite tedavisine başlamasını ilk kim önerdi?</b>	Kendi	33 (34,4)
	Eşi	3 (3,1)
	Eşi ve Kendisi	46 (47,9)
	Ailesi	3 (3,1)
	Eşinin Ailesi	4 (4,2)
	Arkadaşı	7 (7,3)

Tablo 4'te infertil kadınların infertilite durumunun evlilik yaşantısı üzerine etkisine ilişkin özelliklerin dağılımı verilmektedir. İnfertil kadınların %63,5'i çocuğunun olmaması durumuna çok üzülüğünü, %26'sının evliliğini hiçbir şekilde etkilemediğini ifade ettiği belirlendi. İnfertil kadınların, eşlerinin çocuğu olmaması durumuna %46,9'unun anlayışlı, %35,4'ünün destekleyici olduğu saptandı.

Kadınların %96,9'unun çocuğu olmadığı için eşinin kendisinden ayrılacağını düşünmediği tespit edildi. Çocuk olmaması durumuna eşinin ailesinin %58,3'ünün anlayışlı, %16,7'sinin tedavi arayışında, %13,5'inin destekleyici yönde, çevresindeki kişilerin ise %41,7'sinin anlayışlı, %28,1'inin destekleyici, %20,8'inin acıma duygusu ile baktıklarını ifade ettikleri belirlendi (Tablo 4).

**Tablo 4. İnfertil kadınların infertilite durumunun evlilik yaşantısı üzerine etkisine ilişkin özelliklerin dağılımı**

		<b>n (%)</b>
<b>Çocuğunuzun olmaması sizi ve evliliğinizi en çok nasıl etkiledi?</b>	Çok Üzülüyorum	61 (63,5)
	Boşanmaktan Korkuyorum	2 (2,1)
	Çok Umutsuzum	4 (4,2)
	Beni Hiçbir Şekilde etkilemiyor	4 (4,2)
	Evliliğimizi Hiçbir Şekilde etkilemiyor	25 (26)
<b>Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki nasıl?</b>	Anlayışlı	45 (46,9)
	Destekleyici	34 (35,4)
	Tedavi Arayışında	10 (10,4)
	Hayal Kırıklığı, Öfkeli, Suçluluk Hissi	7 (7,3)



**Tablo 4.(devam) İnfertil kadınların infertilite durumunun evlilik yaşantısı üzerine etkisine ilişkin özelliklerin dağılımı**

<b>Çocuğunuz olmadığı için eşinizin sizden ayrılacağını düşünüyor musunuz?</b>	Evet	3 (3,1)
	Hayır	93 (96,9)
<b>Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin ailesinin verdiği tepki nasıl?</b>	Anlayışlı	56 (58,3)
	Hayal kırıklığı	6 (6,2)
	Tedavi arayışında	16 (16,7)
	Destekleyici	13 (13,5)
	Tehditkar, Suçlama, Öfkeli, Küçümseme	5 (5,1)
<b>Çocuğunuzun olmaması durumuna çevrenizdeki insanların verdiği tepki nasıl?</b>	Destekleyici	27 (28,1)
	Anlayışlı	40 (41,7)
	Aşağılayıcı	2 (2,1)
	Küçümseyici	7 (7,3)
	Acıma	20 (20,8)

Tablo 5’te fertil kadınların evlilik ve çocuk sahibi olma ile ilgili özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Buna göre fertil kadınların evlilik biçiminin %87,5’i tanışarak olduğu, %96,9’unun ilk evliliği olduğu, %32,3’ü 2-5 yıl sonra çocuk sahibi olduğu, %81,2’sinin evliliğinin ilk evliliği olduğu, %40,6’sının bir tane çocuğunun olduğunu, %72,9’unun daha önceden çocuğu olması için tedavi olmadığını ifade ettiği belirlendi (Tablo 5).

**Tablo 5. Fertil kadınların evlilik ve çocuk sahibi olma ile ilgili özelliklerinin dağılımı**

		<b>n (%)</b>
<b>Evlilik Biçimi</b>	Görücü Usulü/İstemedi	1 (1,0)
	Görücü Usulü/İsteyerek	11 (11,5)
	Tanışarak	84 (87,5)
<b>Evliliği ilk evliliği mi?</b>	Evet	93 (96,9)
	Hayır	3 (3,1)
<b>Evlendikten ne kadar süre sonra çocuk sahibi olduğu</b>	Çocuğu yok	18 (18,8)
	0-1 yıl	20 (20,8)
	1-2 yıl	22 (22,9)
	2-5 yıl	31 (32,3)
	5 yıl ve üzeri	5 (5,2)
<b>Çocuğu ilk evliliğinden mi?</b>	Çocuğu yok	18 (18,8)
	Evet	78 (81,2)
	Hayır	0

**Tablo 5. (devam) Fertil kadınların evlilik ve çocuk sahibi olma ile ilgili özelliklerinin dağılımı**

<b>Çocuk sahibi olmak için tedavi olma durumu</b>	Çocuğu yok	18 (18,8)
	Evet	6 (8,3)
	Hayır	72 (72,9)
<b>Çocuk sahibi olmak için hangi tedavi yöntemini kullandı?</b>	Çocuğu yok	18 (18,8)
	Tedavi olmadım	72 (75)
	İlaç tedavisi	5 (5,2)
	Eşim tedavi oldu	1 (1,0)

### **İNFERTİL VE FERTİL KADINLARIN BDÖ VE IFSF ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ**

Tablo 6’da infertil ve fertil kadınların IFSF ölçeği toplam ve alt boyut puanları dağılımı verilmektedir. İnfertil ve fertil kadınların IFSF toplam ve alt boyut puanlarının dağılımlarına bakıldığında; infertil kadınların IFSF toplam puanı  $31,8 \pm 7,8$  olup minimum 15, maximum 45 puandır. Fertil kadınların IFSF toplam puanı  $35,7 \pm 6,3$  olup minimum 9, maximum 47 puan olarak bulundu. İnfertil ve fertil kadınların IFSF toplam puanları arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0,001$ ). Buna göre infertilite tanısı almış kadınların cinsel fonksiyonları fertil kadınların cinsel fonksiyonlarından daha kötüdür.

İnfertil kadınların cinsel doyum alt boyut puanı  $3,4 \pm 1,0$  olup minimum 1,33, maximum 5,33 puan olarak bulundu. Fertil kadınların cinsel doyum alt boyut puanı  $4,2 \pm 0,8$ , minimum 1, maximum 5 puan olup infertil ve fertil kadınların cinsel doyum alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı fark saptandı ( $p < 0,001$ ). Fertil kadınların cinsel ilişkide rahatsızlık alt boyut puanı  $5,2 \pm 1,1$ , minimum 1 maximum 6 puan olarak, infertil kadınların ise puanı  $4,3 \pm 1,1$ , minimum 1 maximum 6 olarak belirlendi. İnfertil ve fertil kadınların cinsel ilişkide rahatsızlık puanı arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı fark bulundu ( $p < 0,001$ ). İnfertil kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido puanı  $3,1 \pm 0,7$  olup minimum 1 maximum 5,33 puan olarak bulundu. Fertil kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido puanı  $3,2 \pm 0,8$  olup minimum 1 maximum 6 olarak bulundu. İnfertil ve fertil kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p = 0,590$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6. İnfertil ve fertil kadınların IFSF ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları**

	İnfertil Kadınlar		Fertil Kadınlar		İstatistik	
	Min-max puan	Ort.±SS	Min-max puan	Ort.±SS	Z	p
<b>IFSF toplam ve alt boyutları</b>						
Toplam IFSF	15-45	31,8±7,8	9-47	35,7±6,3	-3,821	<0,001
Cinsel Doyum	1,33-5,33	3,4±1,0	1-5	4,2±0,8	-4,799	<0,001
Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	1-5,25	3,1±0,7	1-5	3,2±0,8	-0,538	0,590
Cinsel İlişkide Rahatsızlık	1-6	4,3±1,1	1-6	5,2±1,1	-6,721	<0,001

Z: Mann Whitney U; Min: Minimum; Max: Maximum

Tablo 7’de infertil ve fertil kadınların IFSF ölçeğine göre cinsel fonksiyon durumları verilmektedir. İnfertil kadınların %87,5’inde, fertil kadınların %69,8’inde cinsel fonksiyonlarında azalma saptandı. İnfertil ve fertil kadınların cinsel fonksiyon durumları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (p=0,003) (Tablo 7).

**Tablo 7. İnfertil ve fertil kadınların IFSF ölçeğine göre cinsel fonksiyon durumları**

	İnfertil Kadınlar	Fertil Kadınlar	İstatistik	
<b>IFSF toplam puan</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%9</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
IFSF <30	84 (87,5)	67 (69,8)	8,963	<b>0,003</b>
IFSF ≥30	12 (12,5)	29 (30,2)		
<b>Toplam</b>	96 (100)	96 (100)		

$\chi^2$ =Ki-Kare Testi; Pearson Chi-Square

Tablo 8’de İnfertil ve fertil kadınların BDÖ ortalama puanlarının ve depresif semptom varlığının dağılımı verilmektedir. İnfertil kadınların BDÖ toplam puanı 11,5±9,7, fertil kadınların toplam puanı 9,9±9,0 olarak bulundu. İnfertil ve fertil kadınların BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,247). İnfertil kadınların %29,2’sinde, fertil kadınların %18,8’inde depresif belirti saptandı. İnfertil ve fertil kadınlar arasında depresif belirti görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,091) (Tablo 8).

**Tablo 8. İnfertil ve fertil kadınların BDÖ ortalama puanlarının ve depresif semptom varlığının dağılımı**

	İnfertil Kadınlar		Fertil Kadınlar		İstatistik	
	Min-Max	Ort.±SS	Min-Max	Ort.±SS	Z	p
<b>BDÖ Toplam Puanı</b>	0-51	11,5±9,7	0-44	9,9±9,0	-1,158	0,247
	<b>n (%)</b>		<b>n (%)</b>		<b>χ<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Depresif Semptom Var (≥17)</b>	28 (29,2)		18 (18,8)		2,859	0,091
<b>Depresif Semptom Yok (&lt;17)</b>	68 (70,8)		78 (81,2)			
<b>Toplam</b>	96 (100)		96 (100)			

Z: Mann Whitney U;  $\chi^2$ =Ki-Kare Testi; Pearson Chi-Square; Min: Minimum; Max: Maximum

Tablo 9’da infertil kadınların IFSF alt boyut ve ortalama puanları ve BDÖ ortalama puanları ile bazı parametreler arasındaki ilişki incelendiğinde; infertil kadınların BDÖ puan ortalaması ve IFSF alt boyut ve puan ortalaması ile yaş ve evlilik yaşı arasında herhangi bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). BDÖ ortalama puanı ile IFSF ortalama puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $r=-0,325$ ,  $p=0,001$ ). Buna göre infertil kadınların depresif semptomları artarken cinsel fonksiyonlarında azalma saptandı. IFSF-cinsel ilişki sıklığı/libido ile BDÖ ortalama puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki ( $r=-0,289$ ,  $p=0,004$ ), IFSF-cinsel ilişki sıklığı/libido ile IFSF ortalama puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulundu ( $r=0,879$ ,  $p<0,001$ ). Buna göre infertil kadınların cinsel ilişki sıklığı azaldıkça depresif belirtilerinin arttığı, cinsel ilişki sıklığı arttıkça cinsel fonksiyonlarının da arttığı saptandı. IFSF-cinsel doyum ile BDÖ ortalama puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki ( $r=-0,220$ ,  $p=0,025$ ), IFSF-cinsel doyum ile IFSF ortalama puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı ( $r=0,807$ ,  $p<0,001$ ). Buna göre infertil kadınların cinsel doyumunu arttıkça depresif belirtilerinin azaldığı, cinsel doyumunu arttıkça cinsel fonksiyonlarının arttığı belirlendi. IFSF-cinsel ilişkide rahatsızlık ile BDÖ arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ( $r=0,268$ ,  $p=0,008$ ), IFSF-cinsel ilişkide rahatsızlık ile IFSF toplam puanı arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu ( $r=0,498$ ,  $p<0,001$ ). Buna göre infertil kadınların cinsel rahatsızlıkları artarken depresif belirtilerinin de arttığı saptandı (Tablo 9).

**Tablo 9. İnfertil kadınların BDÖ ortalama puanı ve IFSF alt boyut ve ortalama puanı ile bazı parametreler arasındaki ilişki**

		IFSF-cinsel ilişkide rahatsızlık	IFSF-cinsel doyum	IFSF-cinsel ilişki sıklığı/libido	BDÖ Toplam Puanı	IFSF Toplam puanı
Yaş	r <sub>s</sub>	0,066	0,036	-0,039	-0,034	-0,004
	p	0,523	0,727	0,704	0,745	0,686
Evlilik yaşı	r <sub>s</sub>	0,100	0,007	-0,113	-0,148	0,013
	p	0,331	0,943	0,272	0,151	0,972
IFSF-cinsel ilişkide rahatsızlık	r <sub>s</sub>		0,170	0,244	0,268	0,498
	p		0,098	0,017	<b>0,008</b>	<b>&lt;0,001</b>
IFSF-cinsel doyum	r <sub>s</sub>	0,170		0,642	-0,220	0,807
	p	0,098		<b>&lt;0,001</b>	<b>0,025</b>	<b>&lt;0,001</b>
IFSF-cinsel ilişki sıklığı/libido	r <sub>s</sub>	0,244	0,642		-0,289	0,879
	p	0,017	<b>&lt;0,001</b>		<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>
BDÖ toplam puan	r <sub>s</sub>	0,268	-0,220	-0,289		-0,325
	p	<b>0,008</b>	<b>0,025</b>	<b>0,004</b>		<b>0,001</b>

r<sub>s</sub>: Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 10’da fertil kadınların BDÖ ortalama puanı ve IFSF alt boyut ve ortalama puanları ile bazı parametreler arasındaki ilişki incelendiğinde; fertil kadınların BDÖ ortalama puanı ile IFSF ortalama puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu ( $r=-0,412$ ,  $p<0,001$ ). Buna göre infertil kadınların depresif semptomları artarken cinsel fonksiyonlarında azalma saptandı. IFSF ortalama puanı ile evlilik yaşı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=0,224$ ,  $p=0,029$ ). Buna göre fertil kadınların yaşı arttıkça cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu belirlendi. IFSF cinsel ilişki sıklığı/libido alt boyutu ile BDÖ ortalama puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki ( $r=-0,369$ ,  $p<0,001$ ), IFSF cinsel ilişki sıklığı/libido alt boyutu ile IFSF ortalama puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki belirlendi ( $r=0,944$ ,  $p<0,001$ ). Buna göre infertil kadınların cinsel ilişki sıklığı azaldıkça depresif belirtilerinin arttığı, cinsel ilişki sıklığı arttıkça cinsel fonksiyonlarının da arttığı saptandı. IFSF cinsel doyum alt boyutu ile BDÖ ortalama puanı arasında negatif yönde ( $r=-0,392$ ,  $p<0,001$ ), IFSF cinsel doyum alt boyutu ile IFSF ortalama puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=0,944$ ,  $p<0,001$ ). Buna göre infertil kadınların cinsel doyumunu arttıkça depresif belirtilerinin

azaldığı, cinsel doyumunu arttıkça cinsel fonksiyonlarının arttığı belirlendi. IFSF cinsel ilişkide rahatsızlık alt boyutu ile BDÖ ortalama puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=-0,315$ ,  $p=0,002$ ). Buna göre infertil kadınların cinsel rahatsızlıkları artarken depresif belirtilerinin de arttığı saptandı. IFSF cinsel ilişkide rahatsızlık alt boyutu ile IFSF ortalama puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $r=0,686$ ,  $p<0,001$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. Fertil kadınların BDÖ ortalama puanı ve IFSF alt boyut ve ortalama puanları ile bazı parametreler arasındaki ilişki**

		IFSF-cinsel ilişkide rahatsızlık	IFSF-cinsel doyum	IFSF-cinsel ilişki sıklığı/libido	BDÖ Toplam Puanı	IFSF Toplam puanı
Yaş	$r_s$	0,081	0,074	-0,018	0,169	0,069
	p	0,431	0,474	0,859	0,099	0,503
Evlilik yaşı	$r_s$	0,116	0,209	0,236	-0,061	0,224
	p	0,259	<b>0,041</b>	<b>0,021</b>	0,552	<b>0,029</b>
IFSF-cinsel ilişkide rahatsızlık	$r_s$		0,503	0,524	-0,315	0,686
	p		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>
IFSF-cinsel doyum	$r_s$	0,503		0,870	-0,392	0,944
	p	<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
IFSF-cinsel ilişki sıklığı/libido	$r_s$	0,524	0,870		-0,369	0,944
	p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
BDÖ toplam puan	$r_s$	-0,315	-0,392	-0,369		-0,412
	p	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>

$r_s$ : Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 11’de infertil kadınların IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmektedir. İnfertil kadınların IFSF ölçeği alt grupları ve BDÖ ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; cinsel doyum, cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel ilişkide rahatsızlık alt boyut puanları ve IFSF ortalama puanı ile depresif semptomlar arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ( $p=0,039$ ;  $p=0,039$ ;  $p=0,008$ ;  $p=0,006$ ). Buna göre depresif semptom görülen infertil kadınların cinsel fonksiyonları, depresif semptom bulunmayanlara göre daha kötüdür (Tablo 11).

**Tablo 11. İnfertil kadınların IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması**

		BDÖ skorları İnfertil Kadınlar		İstatistik	
		Depresif Semptom Yok	Depresif Semptom Var	Z	p
İFSF İnfertil Kadınlar	Cinsel Doyum	4,3±0,7	3,9±0,9	-2,734	<b>0,039</b>
	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	3,3±0,7	2,9±0,9	-2,060	<b>0,039</b>
	Cinsel İlişkide Rahatsızlık	5,4±1,0	4,8±1,3	-2,067	<b>0,008</b>
	Toplam	39,9±5,2	32,6±7,7	-2,647	<b>0,006</b>

Z: Mann Whitney U

Tablo 12’de fertil kadınların IFSF ölçeği alt boyutları ve depresif belirtileri arasındaki ilişki verilmektedir. Fertil kadınlarda cinsel doyum, cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel ilişkide rahatsızlık alt boyutları ve IFSF ortalama puanı ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0,007$ ;  $p<0,001$ ). Buna göre depresif semptomu bulunmayan katılımcıların cinsel fonksiyonları daha iyidir (Tablo 12).

**Tablo 12. Fertil kadınların IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması**

		BDÖ Fertil Kadınlar		İstatistik	
		Depresif Semptom Yok	Depresif Semptom Var	Z	p
İFSF Fertil Kadınlar	Cinsel Doyum	3,7±0,9	2,7±1,2	-3,351	<b>0,001</b>
	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	3,4±0,7	2,6±0,9	-3,042	<b>0,002</b>
	Cinsel İlişkide Rahatsızlık	4,5±0,9	3,6±1,3	-2,685	<b>0,007</b>
	Toplam	33,3±6,7	25,4±9,2	-3,512	<b>&lt;0,001</b>

Z: Mann Whitney U

## İNFERİL VE FERTİL KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE DİĞER ÖZELLİKLERİ İLE CİNSEL FONKSİYONLAR VE DEPRESİF BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR ÖZELLİKLERİ

Tablo 13’de infertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile IFSF ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmektedir. İnfertil kadınlarda IFSF ortalama puanı ile gelir durumu iyi olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,006$ ). Buna göre gelir durumunu iyi olarak ifade edenlerin cinsel fonksiyonları daha iyi olarak belirlendi. İnfertil kadınların aile biçimi, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, fiziksel hastalık öyküsü ile IFSF ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Fertil kadınların IFSF ortalama puanı ile kadının çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p=0,029$ ). Buna göre çalışmayan kadınların cinsel fonksiyonlarının çalışan kadınlara göre daha iyi olduğu belirlendi. Fertil kadınların aile biçimi, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, fiziksel hastalık öyküsü ile IFSF ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile IFSF ortalama puanlarının karşılaştırılması**

Sosyo-Demografik Özellikler	İnfertil Kadınlar		Fertil Kadınlar	
	IFSF Ort.±SS	İstatistik	IFSF Ort.±SS	İstatistik
<b>Aile biçimi</b>				
Çekirdek aile	35,6±6,8	Z:-0,611	31,8±7,9	Z:-0,092
Geniş aile	35,9±3,8	p:0,541	31,8±7,4	p=0,927
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim ve altı	35,9±5,6	Z:-0,437	28,8±8,8	Z:-1,838
Lise ve üstü	35,4±6,9	p:0,662	32,5±7,5	p=0,066
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim ve altı	35,5±6,3	Z:-0,583	30,5±8,6	Z:-0,751
Lise ve üstü	35,8±6,4	p:0,560	32,1±7,8	p=0,453
<b>Çalışma Durumu</b>				
Ev hanımı	35,5±5,7	Z:-0,860	29,9±8,3	Z:-2,184
Çalışıyor	35,9±7,1	p:0,390	33,6±7,0	<b>p=0,029</b>
Emekli	0		0	



**Tablo 13. (devam) İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile IFSF ortalama puanlarının karşılaştırılması**

Sosyo-Demografik Özellikler	İnfertil Kadınlar		Fertil Kadınlar	
	IFSF Ort.±SS	İstatistik	IFSF Ort.±SS	İstatistik
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	35,7±6,4	Z:-1,120 p:0,263	31,7±7,7	Z:-0,970 p=0,332
Çalışmıyor	36,2±1,7		36,7±6,7	
<b>Gelir Durumu</b>				
İyi	39±3,9	Z:-2,767 <b>p:0,006</b>	32,6±7,2	Z:-0,787 p=0,431
Orta	34,8±6,6		31,2±8,4	
<b>Sigara kullanma durumu</b>				
Evet	36,1±6,8	Z:-0,560 p:0,576	31,3±7,3	Z:-0,523 p=0,601
Hayır	35,6±6,2		32,1±7,3	
<b>Alkol kullanma durumu</b>				
Evet	32±11,5	Z:-0,390 p:0,696	34,5±6,3	Z:-1,625 p=0,104
Hayır	35,8±6,1		31,4±8,0	
<b>Fiziksel hastalık öyküsü</b>				
Var	35,0±9,3	Z:-0,136 p:0,891	30,3±3,2	Z:-0,833 p=0,405
Yok	35,7±6,1		31,9±8,0	

Z=Mann-Whitney U

Tablo 14’de infertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmektedir. İnfertil kadınların aile biçimi, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, fiziksel hastalık öyküsü ile BDÖ ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,005$ ).

Fertil kadınların aile biçimi, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, fiziksel hastalık öyküsü ile BDÖ ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,005$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması**

Sosyo-Demografik Özellikler	İnfertil kadınlar		Fertil kadınlar	
	BDÖ Ort.±SS		BDÖ Ort.±SS	
<b>Aile biçimi</b>				
Çekirdek aile	31,8±7,9	Z:-1,913 p:0,056	9,7±9,0	Z:-0,946 p=0,344
Geniş aile	31,8±7,4		11,8±9,3	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim ve altı	28,8±8,8	Z:-0,969 p:0,332	10,4±10,8	Z:-0,038 p=0,970
Lise ve üstü	32,5±7,5		9,8±8,7	
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim ve altı	30,5±8,6	Z:-1,688 p:0,091	13,0±12,8	Z:-0,913 p=0,361
Lise ve üstü	32,1±7,8		9,4±8,3	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Ev hanımı	29,9±8,3	Z:-1,232 p:0,218	10,8±10,4	Z:-0,453 p=0,651
Çalışıyor	33,6±7,0		9,1±7,7	
Emekli	0		0	
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	31,7±7,7	Z:-0,266 p:0,790	9,8±9,0	Z:-0,771 p=0,790
Çalışmıyor	36,7±6,7		12,7±10,1	
<b>Gelir Durumu</b>				
İyi	32,6±7,2	Z:-0,599 p:0,549	9,6±8,2	Z:-0,000 p=1,000
Orta	31,2±8,4		10,2±9,8	
<b>Sigara kullanma durumu</b>				
Evet	31,3±7,3	Z:-0,620 p:0,535	11,0±10,2	Z:-0,464 p:0,643
Hayır	32,1±7,3		9,4±8,5	
<b>Alkol kullanma durumu</b>				
Evet	34,5±6,3	Z:-0,042 p:0,966	9,2±9,4	Z:-0,424 p:0,671
Hayır	31,4±8,0		10,0±9,0	
<b>Fiziksel hastalık öyküsü</b>				
Var	21,8±19,3	Z:-1,334 p:0,182	23,5±21	Z:-1,331 p=0,183
Yok	10,8±8,4		9,5±8,3	

Z=Mann-Whitney U

Tablo 15’de infertil kadınların evlilik ve psikiyatrik öykü özellikleri ile IFSF ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmektedir. Tedavi masrafları bir kısmını kendisi/bir kısmını sosyal güvencesi tarafından karşılanan kişilerin BDÖ ortalama puanı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,001). Buna göre tedavi masraflarını bir kısmını kendi/bir kısmını sosyal güvencesi tarafından karşılanan infertil kadınlar daha çok depresif semptom yaşamaktadır. İnfertil kadınların görücü usulü/isteyerek evlilik gerçekleştirenlerin BDÖ ortalama puanı daha yüksek olarak belirlendi ve BDÖ ortalama puanı arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,026$ ). İnfertil kadınların evlilik ve psikiyatrik öykü özellikleri ile BDÖ ortalama skorları karşılaştırıldığında; evlilik biçimi, infertilite tedavisi sürecinde kendisi ya da eşi ile birlikte psikiyatrik yardım alma durumu ile BDÖ ortalama skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

İnfertil kadınların tedavi masraflarının karşılandığı yer, evliliğin kaçınıcı evliliği olduğu, evlilik biçimi, infertilite tedavisi sürecinde kendisi ya da eşi ile birlikte psikiyatrik yardım alma durumu ile IFSF ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15. İnfertil kadınların evlilik ve psikiyatrik öykü özellikleri ile IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması**

<b>Evlilik ve psikiyatrik özellikler</b>	<b>IFSF Ort.±SS</b>	<b>İstatistik</b>	<b>BDÖ Ort.±SS</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Tedavi masraflarını kimin karşıladığı</b>				
Kendi	35,9±4,1	$\chi^2:1,140$ $p=0,768$	4,1±4,5	$\chi^2:16,905$ <b><math>p=0,001</math></b>
Sosyal Güvence	36,2±6,3		10,1±7,9	
Bir kısmı kendi/bir kısmı sosyal güvence	35,1±7,0		15,5±10,9	
Ailesi ve Yakınları Destek Oluyor	33±0		3±0	
<b>Evliliği ilk evliliği mi?</b>				
Evet	35,4±6,4	$Z:-1,723$ $p=0,085$	8±9,9	$Z:-1,369$ $p=0,171$
Hayır	39,3±3,6		15,9±10,3	
<b>Evlilik biçimi</b>				
Görücü Usulü/İstemedenden	32,5±2,1	$\chi^2:2,801$ $p=0,247$	10,3±9,2	$\chi^2:7,274$ <b><math>p=0,026</math></b>
Görücü Usulü/İsteyerek	35,2±5,2		11,9±9,9	
Tanışarak	35,9±6,7		6,3±3,6	
<b>Tedavi süresince psikiyatrik yardım öyküsü</b>				
Evet	25,5±14,9	$Z:-1,234$ $p=0,217$	18,5±16,3	$Z:-0,925$ $p=0,355$
Hayır	35,9±6,0		11,4±9,6	
<b>Tedavi süresince eşle birlikte psikiyatrik yardım öyküsü</b>				
Evet	39±0	$Z:-0,633$ $p=0,527$	6±0	$Z:-0,506$ $p=0,613$
Hayır	35,7±6,3		11,6±9,7	

Z=Mann-Whitney U;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis

Tablo 16'da infertil kadınların infertiliteye ilişkin özellikleri ile BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmektedir. İnfertil kadınların IUI tedavi sayısı ile BDÖ

ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,030$ ). Buna göre infertil kadınların IUI tedavi sayısı arttıkça daha fazla depresif semptom yaşamaktadırlar. İnfertil kadınların infertilite şekli, infertilite sebebi, çocuğunun olmama süresi, infertilite tedavisi gördüğü süre, IVF sayısı, infertilite tedavisine başlamasını öneren kişi ile BDÖ ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

İnfertil kadınların infertiliteye ilişkin özellikleri ile IFSF ortalama puanları karşılaştırıldığında; infertilite şekli, infertilite sebebi, çocuğunun olmama süresi, infertilite tedavisi gördüğü süre, IUI sayısı, IVF sayısı, infertilite tedavisine başlamasını öneren kişi ile IFSF ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16. İnfertil kadınların infertiliteye ilişkin özellikleri IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması**

İnfertiliteye ilişkin özellikleri	IFSF Ort.±SS	İstatistik	BDÖ Ort.±SS	İstatistik
<b>İnfertilite şekli</b>				
Primer İnfertil	35,5±6,8	Z:-0,061	12,0±10,0	Z:-1,025
Sekonder İnfertil	36,4±3,9	p=0,951	9,2±7,7	p=0,306
<b>İnfertilite sebebi</b>				
Over Yetmezliği	34,8±7,2	$\chi^2:0,799$ p=0,939	12,9±9,7	$\chi^2:1,539$ p=0,820
Eşinin Sperm Sayı ve Kalitesinin Azlığı	36,9±4,7		9,6±7,8	
Eşinde Hiç Sperm Olmaması	32,8±8,1		10,0±8,6	
Çeşitli Hastalıklar	35,6±7,9		11,1±10,8	
Nedeni Belli Değil	35,9±6,1		12,2±10,8	
<b>Çocuğunun olmama süresi</b>				
0-2 Yıl	36,9±4,9	$\chi^2:2,511$ p=0,473	10,0±7,9	$\chi^2:4,221$ p=0,239
3-5 Yıl	35,4±5,9		9,4±8,2	
6-8 Yıl	32,8±9,1		13,1±11,2	
9 ve Üstü	37,1±5,3		14,6±11,2	
<b>İntrauterin inseminasyon (IUI) sayısı</b>				
0	35,5±6,3	$\chi^2:1,086$ p=0,897	8,7±7,1	$\chi^2:10,694$ p=0,030
1	35,4±6,4		15,0±12,6	
2	36,4±6,1		8,7±7,8	
3	37±3,7		14,2±6,9	
4 ve Üstü	34±12,7		21,3±11,4	

**Tablo 16. (devam) İnfertil kadınların infertiliteye ilişkin özellikleri IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması**

İnfertiliteye ilişkin özellikleri	IFSF Ort.±SS	İstatistik	BDÖ Ort.±SS	İstatistik
<b>İnvitro-fertilizasyon (IVF) sayısı</b>				
0	36,2±6,2	$\chi^2:2,276$ p=0,685	10,5±9,8	$\chi^2:4,226$ p=0,376
1	35±7,5		11,6±8,0	
2	33,3±6,7		15,8±10,2	
3	35,8±5,1		13,7±9,8	
4 ve Üstü	37,5±4,9		10,5±14,9	
<b>İnfertilite tedavisine başlamasını öneren kişi</b>				
Kendi	35,2±6,8	$\chi^2:3,301$ p=0,654	11,9±11,4	$\chi^2:2,895$ p=0,716
Eşi	35,3±4,9		8,0±11,4	
Eşi ve Kendisi	35,9±5,8		12,2±8,7	
Ailesi	29,8±10,7		14,0±17,4	
Eşinin Ailesi	38,5±5,1		8,8±4,4	
Arkadaşı	37,4±6,8		6,9±5,4	

Z:Mann-Whitney U;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis

Tablo 17’de infertil kadınların evlilik yaşantısı özellikleri ile IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmektedir. İnfertil kadınların çocuğu olmadığı için eşinin kendisinden ayrılma düşüncesi ile BDÖ ortalama puanı arasında anlamlı fark saptandı (p=0,021). Buna göre; çocuğu olmadığı için eşinin kendisinden ayrılacağını düşünen kadınlar daha fazla depresif belirti yaşamaktadır. Çocuğu olmadığı için çevredeki insanların acıma şeklinde tepki verdiğini ifade eden infertil kadınların BDÖ ortalama puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,019). Buna göre çocuğu olmadığı için çevredeki insanların acıma şeklinde tepki verdiğini ifade eden infertil kadınlar daha fazla depresif semptom yaşamaktadır. İnfertil kadınların çocuğunun olmaması durumunun kişiyi ve evliliğini en çok nasıl etkilediği, çocuğun olmaması durumuna eşinin verdiği tepki ve çocuğu olmaması durumuna eşinin ailesinin verdiği tepki ile BDÖ ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlı olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

İnfertil kadınlarda çocuğunun olmamasının kişiyi ve evliliğini en çok nasıl etkilediği, çocuğun olmaması durumuna eşinin verdiği tepki, çocuğu olmaması durumuna eşinin ailesinin verdiği tepki, çocuğu olmaması durumuna çevresindeki kişilerin verdiği tepki ve çocuğu olmadığı için eşinin kendisinden ayrılma düşüncesi ile IFSF ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 17).

**Tablo 17. İnfertil kadınların evlilik yaşantısı özellikleri ile IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması**

	<b>IFSF Ort.±SS</b>	<b>İstatistik</b>	<b>BDÖ Ort.±SS</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Çocuğunuzun Olmaması Sizi ve Evliliğinizi En Çok Nasıl Etkiledi?</b>				
Çok Üzülüyorum	35,4±5,8	$\chi^2$ :-2,669 p=0,615	13,1±10,2	Z:-6,431 p=0,169
Eşimden ve Ailesinden utanıyorum	35,5±0,7		15,5±14,9	
Çok Umutsuzum	30,3±12,8		12,5±11,9	
Beni Hiçbir Şekilde etkilemiyor	39,0±5,4		9,5±10,3	
Evliliğimizi Hiçbir Şekilde etkilemiyor	36,6±6,4		7,5±6,7	
<b>Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki nasıl?</b>				
Anlayışlı	35,3±5,1	$\chi^2$ :3,920 p=0,561	10,6±8,5	$\chi^2$ :5,555 p=0,352
Destekleyici	36,4±6,9		11,0±11,5	
Tedavi Arayışında	35,5±8,2		13,4±8,5	
Hayal Kırıklığı	34,8±10,7		17,8±8,8	
Öfkeli	37,5±4,9		13,5±10,6	
Suçluluk Hissi	29±0		20±0	
<b>Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin ailesinin verdiği tepki nasıl?</b>				
Anlayışlı	35,1±6,7	$\chi^2$ :6,265 p=0,509	9,3±8,6	$\chi^2$ :10,583 p=0,158
Tehditkar	29±0		20±0	
Öfkeli	28±0		35±0	
Hayal kırıklığı	34,7±8,8		12,5±6,9	
Tedavi arayışında	36,2±5,1		13,7±7,8	
Suçlama	37±0		13±0	
Küçümseme	38,5±9,2		25,5±36,1	
Destekleyici	38,5±4,1		12,9±8,9	
<b>Çocuğunuzun olmaması durumuna çevrenizdeki insanların verdiği tepki nasıl?</b>				
Destekleyici	37,9±5,4	$\chi^2$ :9,228 p:0,056	7,9±5,4	$\chi^2$ :11,735 <b>p:0,019</b>
Anlayışlı	35,3±6,3		10,1±9,1	
Aşağılayıcı	40,5±3,5		15,5±10,6	
Küçümseyici	36,4±4,1		16,6±17,1	
Acıma	32,7±7,3		16,9±9,8	
<b>Çocuğunuz olmadığı için eşinizin sizden ayrılacağını düşünüyor musunuz?</b>				
Evet	30±13,1	Z:0,644	25±5,6	Z:-2,309
Hayır	35,9±6,0	p:0,520	11,1±9,5	<b>p:0,021</b>

Z:Mann-Whitney U;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis.

Tablo 18’de fertil kadınların evlilik ve çocuk sahibi olma durumu ile IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmektedir. Fertil kadınların, evlilik biçimi, ilk evliliği

olanlar ve çocuğu ilk evliliğinden olanlar ile IFSF ortalama puanı arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Fertil kadınların evlilik biçimi, ilk evlilik olması ve çocuğu ilk evliliğinden olanlar ile BDÖ ortalama puanı arasında da istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18. Fertil kadınların evlilik ve çocuk sahibi olma durumu ile IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması**

	<b>IFSF Ort.±SS</b>	<b>İstatistik</b>	<b>BDÖ Ort.±SS</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Evlilik biçimi</b>				
Görücü Usulü/İstemeden	35±0	$\chi^2:4,135$ $p=0,126$	19±0	$\chi^2:1,728$ $p=0,422$
Görücü Usulü/İsteyerek	27,6±9,9		10,8±13,5	
Tanışarak	32,4±7,5		9,7±8,3	
<b>Evliliğiniz ilk evliliğiniz mi?</b>				
Evet	31,7±7,9	Z:-0,728 $p=0,467$	9,8±9,1	$\chi^2:1,067$ $p=0,286$
Hayır	34,7±4,9		12,7±4,1	
<b>Çocuğunuz ilk eşinizden mi?</b>				
Çocuk yok	31±9,0	Z:-0,163 $p=0,871$	9,6±8,9	$\chi^2:-0,163$ $p=0,871$
Evet	32±7,6		9,9±9,1	
Hayır	0		0	

Z:Mann-Whitney U;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, infertil olan ve olmayan kadınlarda cinsel fonksiyonlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmış olup yapılan araştırma bulguları ulusal ve uluslararası literatür ile tartışılmıştır.

İnfertilite sadece jinekolojik bir hastalık değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve biyolojik yönleri olan bir sağlık sorunudur (116). İnfertilite tanısı konulan birey diğer eşin rolünü engellediğini düşünerek suçluluk hissedebilmekte, suçluluk hissi kişi de depresyon belirtilerinin görölmesine neden olabilmektedir (156). Doğurganlık, birçok toplumda çocuk sahibi olmak evlilik ve aile kurumunun amacı olarak düşünölmektedir (9). Doğurganlık işlevinin yerine getirilememesi bireyde, cinsel fonksiyon bozukluğu, depresyon, anksiyete, kaygı, yalnızlık ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olabilmektedir (2,7,139). Cinsel fonksiyon bozuklukları infertilitenin asıl sebebi olabilirken aynı zamanda infertilite ve tedavi sürecinde gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (111).

Cinsel fonksiyon bozuklukları hem infertil hem de fertil kadınları etkileyen bir sorundur. Çalışmada IFSF toplam puanı, infertil kadınlarda  $31,8\pm 7,8$ , fertil kadınlar da ise  $35,7\pm 6,3$  olarak saptanmıştır. Buna göre infertil kadınların, fertil kadınlara göre daha fazla cinsel disfonksiyon yaşadığı görölmüştür (Tablo 6). Oskay ve ark (80) infertil ve fertil kadınlar ile yürütölen çalışmalarında, infertil kadınlarda IFSF toplam puanını fertil kadınlara göre daha düşük olduğunu bildirmiştir. Literatürde araştırma bulgusu ile benzer (74,157,159) alışmalar olduğu gibi desteklemeyen çalışmalarda bulunmaktadır (158,160,161).



Çalışmada infertil ve fertil kadınların IFSF ölçeği alt boyutlarını incelediğimizde; infertil kadınların cinsel ilişkiden aldıkları cinsel doyumun fertil kadınlara göre ileri derecede anlamlı olarak daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Benzer şekilde Millheiser ve ark (74), Turan ve ark (31) ve Güleç ve ark (75) çalışmalarında infertil kadınların cinsel doyumunun fertil kadınlara göre daha kötü olduğunu bildirmişlerdir. İris ve ark (82), Furukawa ve ark (77), Monga ve ark (72) ise çalışmalarında infertil ve fertil kadınların cinsel doyum ortalama puanları arasında fark belirlememişlerdir. İnfertil kadınların fertil kadınlara göre ileri derecede anlamlı olarak cinsel ilişkide rahatsızlık (disparoni) yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 6). Literatürde bu çalışma bulgusuna benzer araştırma sonuçlarının (31,80) yanı sıra ters yönde sonuçları bulan (77,82) çalışmalarda bulunmaktadır. İnfertil kadınlar infertiliteyi bir kusur olarak görebilmekte, çift arasında iletişim problemleri ortaya çıkabilmektedir. Çiftler arasında yaşanan bu durum evliliğin en temel unsurlarından birisi olan cinsel hayatı etkileyip cinsel fonksiyonlarda ve cinsel doyumda sorunlara neden olabilmektedir. İnfertil çiftlerde eğer ki altında başka bir neden yoksa cinsel ilişkide rahatsızlık (disparoni vb.) yaşanması yoğun kaygı, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlar nedeniyle meydana gelmektedir. Ayrıca infertil çiftlerde özellikle siklusun fertil zamanları sırasında cinsel ilişkide bulunma gerekliliği, cinsel ilişkinin bir görev gibi yaşanmasına yol açmaktadır. Bu durumda cinselliği mekanikleştirmekte ve infertil çiftlerde yeterli uyarılma ve ıslanma olmadan cinsel birleşmenin olması disparoni yaşanmasına neden olabilmektedir.

Bu çalışmada infertil kadınların %87,5'inde, fertil kadınların %69,8'inde cinsel fonksiyonlarında azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Aggarwal ve ark (157) tarafından yapılan çalışmada, infertil kadınlarda %63,7 oranında cinsel fonksiyonlarında azalma görülürken, fertil kadınlarda bu oran %46,4 olarak saptanmıştır. Turan ve ark (31)'nin infertil ve fertil olan kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmalarında cinsel fonksiyon durumlarında azalmayı infertil kadınlarda %32,9, fertil kadınlarda ise %17,2 olarak tespit etmişlerdir. Kadınlığın annelik, erkekliğin babalık olarak görüldüğü toplumlarda infertilite çiftin ilişkisinde ve cinsel yaşamlarında bozulmaya yol açmaktadır (6). İnfertil kadınlarda cinselliğin, sadece üreme amaçlı ve görev olarak görülmesi, planlı cinsel ilişki yaşanması, suçluluk duygusu ve üremeye yardımcı teknikler için uygulanan tetkik ve tedavi yaklaşımlarının karmaşık ve girişimsel olması nedeni ile cinsel fonksiyon bozuklukları görülmektedir (2,6,116).

İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları cinsel isteksizlik, uyarılma bozukluğu, ağrı ve orgazm olamama olarak görülmektedir (73). Tayebi ve Ardakani (161) infertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu olarak en yaygın anorgazmi (%83,8), cinsel istek

bozukluğu (%80,7), vajinismus (%76,7) ve disparoni (%67,7) semptomlarını tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada infertilite tanısı aldıktan sonra kadınların %50'sinde cinsel birleşme sıklığında azalma olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada literatür bilgilerine paralel şekilde infertil kadınların fertil kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla cinsel fonksiyon sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 7). İnfertilitenin tanı ve tedavi dönemi sırasında çiftler arasındaki cinsel paylaşım ve iletişimin sadece gebe kalma üzerine olması ve cinselliğin üreme amacıyla gerçekleştirilmesi nedeni ile çiftlerin cinsel fonksiyon sorunları yaşayabildikleri düşünülmektedirler.

Çalışmada infertil ve fertil kadınların BDÖ ortalama puanı ve depresyon semptom varlığı durumu incelendiğinde; infertil grubun %29,2'inde, fertil grubun ise %18,8'inde depresif belirtiler saptanmış olup infertil ve fertil kadınlarda depresyon semptomlarının görülme oranları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Aynı şekilde infertil kadınların BDÖ ortalama puanlarının fertil kadınlardan daha yüksek olduğu fakat anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 8). Çoban ve Dinç (36) çalışmalarında infertil kadınların %70,4'ünün depresyon sorunu yaşadıklarını belirlemişlerdir. Pek çok infertil kadının yaşadığı depresyon gelecekle ilgili belirsizliğe, tedavi süreci ve teknikleriyle ilgili yaşanan kaygıya ve fertilitate kapasiteleriyle ilgili korkulara bağlanmaktadır (35). Taşkın ve ark (162) çalışmalarında infertil ve sağlıklı kadınların BDÖ ortalama puanları arasında da fark bildirmemiştir. Benli (164) çalışmasında fertil ve infertil kadınlarda depresyon semptomlarının varlığı ve görülme oranları arasında farklılık saptamamıştır. Fakat literatürde infertil grupta depresif belirtilerin daha fazla olduğunu belirten çalışmalarda bulunmaktadır (119,120,121). Ayrıca Süt ve Kaplan (165) çalışmalarında infertil kadınlarda depresyon düzeyi artışının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir. Kadınlarda depresyon erkeklere oranlara daha fazla görülmektedir. Depresyonun kadınlarda daha fazla görülmesinin nedeninin cinsiyet farklılığına dayalı sosyal roller, toplumun kadınlara yüklediği cinsiyetçi roller, anne olmak gibi, ekonomik ve sosyal olanaklar, hormonal farklılıklar, üreme ile gelişen değişimler ve öğrenilmiş çaresizliğin olabileceği düşünülmektedir (143).

İnfertil ve fertil kadınlarda IFSF ortalama ve alt boyut ortalama puanları ile BDÖ ortalama puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında, infertil kadınlarda depresif semptomların varlığı ile cinsel fonksiyonlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 11-12). Depresif semptomları olan infertil kadınlarda, cinsel fonksiyonların daha kötü olduğu ileri derecede anlamlı olarak saptanmıştır. Aynı şekilde fertil kadınlarda depresif semptomların varlığı arttıkça cinsel fonksiyonların ileri derecede anlamlı olarak daha kötü olduğu belirlenmiştir. Kabil ve ark.

(17)'nin infertil kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, cinsel fonksiyon sorunu olanlarda depresyonun daha fazla görüldüğünü ve depresyonun kadın infertilitesinin nedeninden ziyade cinsel fonksiyon bozukluğunun nedeni olarak kabul edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Mert ve Özen (166) çalışmalarında fertil kadınların depresyon ve cinsel fonksiyonları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve herhangi bir fark bildirmemiştir. İnfertilite tanısı sebebi ile kadın kendini cinsel olarak yetersiz hissedebilmekte, evlilik ve cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilginin kaybolması sonucunda da depresif semptom görülebilmektedir (167). Bu çalışmada infertil olmayan kadınların da depresif semptom varlığı arttıkça cinsel fonksiyonlarının kötüleştiği saptanmıştır.

Çalışmada infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile IFSF ortalama puanları karşılaştırıldığında, gelir durumu iyi olanların cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu görülmüştür (Tablo 13). Tashbulatova ve ark (76), Pakpour ve ark (79) da çalışmaların da gelir düzeyi yüksek olanların cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğunu bildirmiştir. Ancak Çoban ve Dinç (36) çalışmalarında infertil kadınlarda gelir durumu ve diğer sosyo-demografik bulgular arasında herhangi bir ilişki belirlememiştir. Fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile IFSF ortalama puanları karşılaştırıldığında herhangi bir işte çalışmayanların cinsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 13). Singh ve ark (168) da çalışmalarında herhangi bir işte çalışmayanların cinsel fonksiyonlarının kötü olduğunu belirlemiştir. Ancak Ege ve ark (67), Gölbaşı ve ark (68) fertil kadınlarda cinsel fonksiyon sorunu ile çalışma durumu arasında bir ilişki saptamamıştır.

İnfertil kadınların evlilik özellikleri ile BDÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında, tedavi masraflarını bir kısmını kendisi bir kısmı sosyal güvencesi tarafından karşılanan infertil kadınların BDÖ ortalama puanın anlamlı olarak daha düşük olduğu yani depresif semptom varlığının daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 15). Bu sonuca göre ekonomik durumun iyi olmasının ruh sağlığı açısından koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir. Upkong ve Orji (120) çalışmasında bu araştırmanın tam tersi yönde tedavi masraflarını kendileri ödeyen kadınlarda daha fazla depresyon yaşandığını tespit etmiştir. İnfertil kadınlarda evlilik biçimi ile BDÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında, görücü usulü ile evlilik yapanların BDÖ ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Buna göre; görücü usulü evlenenler tanışarak evlenenlere göre daha fazla depresif semptom yaşadığı belirlenmiştir. Fakat Tashbulatova'nın (76) yaptığı çalışmada, görücü usulü ile evlenme ve depresif semptom görülme açısından fark saptanmamıştır. Aynı şekilde Erdem'de (169) evlilik şekli ile depresif semptomlar arasında farklılık bildirmemiştir.

Çalışmada infertil kadınların infertiliteye ilişkin özelliklerinin (infertilite şekli, infertilite sebebi, kaç yıldır çocuğunun olmadığı, intrauterin inseminasyon sayısı, invitro-fertilizasyon sayısı, infertilite tedavisine başlamasını ilk kimin önerdiği) cinsel fonksiyonları etkilemediği belirlenmiştir. Ancak infertil kadınlarda IUI (intrauterin inseminasyon) sayısı 4 ve üzeri olanların anlamlı olarak daha fazla depresif semptom yaşandığı belirlenmiştir. Süt ve Kaplan (165) çalışmalarında IVF tedavi sayısı artışının ile duygusal yönden yaşam kalitesini kötüleştirdiğini bildirmişlerdir. Ayrıca infertilite tedavi süresi 9 yıldan uzun olan kadınların BDÖ ortalama puanları daha yüksek olup daha fazla depresif semptom yaşadıkları fakat aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 14). Karaca ve ark (170) da 5 yıldan daha uzun süredir infertilite tedavisi gören kadınların depresyon skorlarını yüksek bulmuştur. Aynı şekilde Taşkın ve ark (163) infertilite de tedavi süresi uzadıkça depresyon görülme oranını daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Al-Homaidan (130) ise infertilite tedavi süresi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı fark saptamamıştır. İnfertilitede çiftlerin yaşadığı başarısız tedavi girişimlerinin sayısının ve süresinin artması depresif belirtilerde artmaya yol açarak cinsel fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. Tedavi sürecinin uzun ve masraflı olması beraberinde çiftlerde yorgunluk ve cinsel isteksizlik yaşanmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada infertil kadınlarda çocuğu olmadığı için çevresindeki insanlardan ‘aşağılayıcı’ tepkiye maruz kalanların cinsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu fakat aralarındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 17). Donkor ve Sandall (171) yaptıkları çalışmalarında, infertil kadınların % 64’ünün çevresinden aşağılayıcı sözlere maruz kaldıklarını saptamışlardır. İnfertilite sorunu yaşayan kadınlar, toplumun kadına yüklediği sosyal rol olan annelik rolünü yerine getiremediği için toplumda yetersiz olarak değerlendirilmekte ve çiftler üzerinde çocuk sahibi olmaları konusunda baskı oluşturulmaktadır. Doğurganlık genellikle kadının sorumluluğu olarak görüldüğü için baskı daha çok kadına yönelik olmaktadır (115). Çalışmada çocuğu olmadığı için çevresindeki insanlardan ‘acıma’ tepkisine maruz kalan ve eşinin kendisinden ayrılacağını düşünen infertil kadınların anlamlı olarak daha fazla depresif semptom yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 17). Missmer ve ark. (172) çalışmasında infertil kadınların %49’unun damgalanmaya maruz kaldıklarını belirlemişlerdir. Birçok toplumda çocuk sahibi olma eşler için toplumda statü kazanma ile eşdeğer anlam taşımaktadır. Kadının çocuk sahibi olamadığı durumda ise evlilikleri tehlikeye girmekte ve boşanma ile sonuçlanabilmektedir. Bu yaşanan durum kadını depresyona ve umutsuzluğa sürükleyebilmektedir. Ayrıca infertilite tanısı konmuş bireyde suçluluk daha fazla olmakta ve infertil birey diğer eş tarafından terk edilme anksiyetesi yaşayabilmektedir. Ayrılık anksiyetesi ve suçluluk da bireyi yalnızlığa ve

depresyona sürükleyebilmektedir (156). Keskin ve Gümüş'ün (115) çalışmasında infertil kadınların % 7,1'i boşanmaktan korktuğunu ifade etmiş ve bu kadınların umutsuzluk düzeylerinin diğer infertil kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

İnfertil ve fertil kadınlarda cinsel fonksiyonlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel özellikte yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgulardan aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- İnfertil kadınların IFSF ortalama puanı  $31,8 \pm 7,8$ , fertil kadınların IFSF ortalama puanı  $35,7 \pm 6,3$  olarak bulundu. İnfertil kadınların fertil kadınlara göre daha fazla cinsel disfonksiyon yaşadıkları belirlendi.
- İnfertil kadınlarda cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido ile IFSF toplam puanı arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı.
- Fertil kadınlarda cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido ile IFSF toplam puanı arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı.
- İnfertil kadınların %87,5'inde, fertil kadınların %69,8'inde cinsel fonksiyon sorunu yaşadığı saptandı. İnfertil kadınların cinsel fonksiyonlarında azalma görülme oranının fertil kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi.
- İnfertil kadınların BDÖ ortalama puanı  $11,5 \pm 9,7$ , fertil kadınların ortalama puanı  $9,9 \pm 9,0$  olarak bulundu. İnfertil ve fertil kadınların BDÖ ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmadı.
- İnfertil kadınların %29,2'sinde, fertil kadınların %18,8'inde depresif semptom varlığı saptandı. İnfertil ve fertil kadınlar arasında depresif semptom görülmesi açısından anlamlı fark saptanmadı.

- İnfertil kadınlarda cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido ile BDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptandı.
- Fertil kadınlarda cinsel ilişkide rahatsızlık ile BDÖ ortalama puanı arasında anlamlı ilişki saptandı, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido ile BDÖ ortalama puanı arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı.
- Depresif semptom gösteren infertil kadınların, depresif semptom göstermeyenlere göre daha fazla cinsel disfonksiyon yaşadığı bulundu.
- Depresif semptom göstermeyen fertil kadınların cinsel fonksiyonları, depresif semptom gösterenlere göre daha iyi bulundu.
- İnfertil kadınlarda gelir durumu iyi olanların cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu belirlendi.
- Fertil kadınlarda çalışmayanların cinsel fonksiyonları, çalışan kadınlara göre daha iyi olarak belirlendi.
- İnfertil kadınlardan tedavi masraflarını bir kısmı kendi/bir kısmı sosyal güvence tarafından karşılananların, görücü usulü/isteyerek evlilik gerçekleştirenlerin, intrauterin inseminasyon (IUI) tedavi sayısı fazla olanların, çocuğu olmadığı için çevredeki insanlardan acıma şeklinde tepki alanların ve çocuğu olmadığı için eşinin kendisinden ayrılacağını düşünenlerin daha fazla depresif semptom gösterdikleri belirlendi.

## ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- İnfertilite tedavisinin gerçekleştirildiği tüp bebek merkezlerinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşirelerinin yer alması,
- KLP hemşiresinin, infertil kadınlar ile düzenli olarak görüşmeler planlaması ve uygulaması,
- KLP hemşiresinin, cinsel fonksiyon sorunu yaşayan çiftleri belirlemesi ve kendilerinin ifade etmeleri için çiftleri cesaretlendirmesi,
- İnfertil kadınların ve çiftlerin yaşadığı depresif semptomlar ve cinsel disfonksiyon ile daha kolay başa çıkabilmeleri için çiftlere yönelik destekleyici psikososyal

müdahalelerin yapılması, stres ve kriz yönetimi gibi çeşitli konularda psiko eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması,

- Kadın sağlığı hizmeti veren kurumlarda ve yardımcı üreme teknikleri merkezlerinde cinsel fonksiyon sorunları ile ilgili eğitimler düzenlenmesini,
- İnfertil ve fertil kadınlar üzerinde bu konu ile ilgili niteliksel araştırmaların yapılmasını önermekteyiz.



## ÖZET

Bu araştırmanın amacı, infertil olan ve olmayan kadınlarda cinsel fonksiyonlar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Kesitsel tipte bu araştırma, Ekim 2015-Mart 2016 tarihleri arasında bir üniversitenin sağlık araştırma ve uygulama merkezi, yardımcı üreme teknikleri merkezine başvuran infertil kadınlar (n=96) ve jinekoloji polikliniğine başvuran fertil kadınlar (n=96) üzerinde yürütüldü. Veriler “Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” “Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF)” ile toplandı. Verilerin analizinde, Mann Whitney U testi, Ki-Kare testi ve Spearman Korelasyon analizi kullanıldı.

İnfertil kadınların %87,5’inde, fertil kadınların %69,8’inde cinsel fonksiyonlarda azalma olduğu saptandı. İnfertil kadınların %29,2’sinin, fertil kadınların %18,8’inin depresif belirtiler yaşadığı belirlendi. İnfertil ve fertil kadınlarda cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı/libido ile IFSF toplam puanı arasında ileri derecede anlamlı ilişki bulundu ( $p < 0,001$ ). İnfertil kadınlarda cinsel ilişkide rahatsızlık ( $p=0,008$ ), cinsel doyum ( $p=0,025$ ) ve cinsel ilişki sıklığı/libido ( $p=0,004$ ) ile BDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptandı. Fertil kadınlarda IFSF toplam puanı ve cinsel doyum alt boyutu ile BDÖ toplam puanı arasında ileri derecede anlamlı ilişki belirlendi ( $p < 0,001$ ). Fertil kadınlarda cinsel ilişkide rahatsızlık alt boyutu ile BDÖ toplam puanı arasında anlamlı ( $p=0,002$ ) ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt boyutu ile BDÖ toplam puanı arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı ( $p < 0,001$ ).

İnfertil ve fertil kadınlarda cinsel fonksiyonlarda azalma durumunda depresif belirtiler artmaktadır. KLP hemşirelerine hem infertil hemde fertil kadınlara cinsel fonksiyonlarının azalması ve depresif belirtiler yaşanması durumlarına yönelik başetme yöntemlerinin kazandırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsel fonksiyon, depresif belirtiler, infertilite, kadın.

# **THE RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL DYSFUNCTION AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG WOMAN WITH INFERTIL AND FERTIL**

## **SUMMARY**

In this study, we aimed to investigate the relationship between sexual functions and depressive symptoms in infertile and fertile women.

This cross-sectional research was conducted with 96 infertile women applied to a university's health research and application center, assisted reproductive technologies center and 96 fertile women applied to Gynecology outpatient clinic in between the dates of October 2015-March 2016. "Patient information form", "Beck Depression Inventory (BDI)" and "Index of Female Sexual Function (IFSF)" were used for data collection. Data were analysed by the use of Mann-Whitney U, Chi-Square test and Spearman correlation Analysis.

The prevalence of sexual dysfunction in infertile women was 87,5% and in fertile women was 69,8%. The prevalence of depressive symptoms in infertile women was 29,2% and in fertile women 18,8%.

Total IFSF and mean subgroup scores of IFSF-sexually pain, sexual satisfaction and sexual intercourse frequency/libido scores were correlated significantly relationship in infertile and fertile women ( $p < 0,001$ ). There was a significant relationship between infertile women with sexually pain ( $p=0,008$ ), sexual satisfaction ( $p=0,025$ ) and frequency of sexual intercourse/libido ( $p=0,004$ ) and BDI total score. There was a significant correlation between IFSF total score and sexual satisfaction subscale and BDI total score in fertile women ( $p < 0.001$ ). Significant correlations were found between the sexually pain subscale and BDI

total score ( $p=0,002$ ) and between the sexual intercourse frequency/libido subscale and the BDI total score ( $p<0.001$ ).

Depressive symptoms increase in infertile and fertile women when infertile and fertile women's sexual function decrease. It is suggested that KLP nurses should be provided with coping methods for reducing sexual function and experiencing depressive symptoms in both infertile and fertile women.

**Key words:** Depressive symptoms, infertility, sexual function, women.

## KAYNAKLAR

1. Childress KJ, Lawson AK, Ghant M, Mendoza G, Cardozo ER, Confino E et al. First contact: the intersection of demographics, knowledge, and appraisal of treatment at the initial infertility visit. *Fertility and Sterility* 2015;104(1):180-7.
2. Algül Ö, Aksu H. İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2014;24(3):171-8.
3. World Health Organization. Prevalence of infertility focal point for infertility on behalf of WHO/RHR and HRP. World Health Organisation; 2012.  
<http://www.gfmer.ch/infertility/pdf/Prevalence-infertility-Vanderpoel-2012.pdf>
4. CETAD, Cinsel yaşam ve sorunları. İstanbul: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları;2007.
5. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish journal of family medicine and primary care* 2011;5(4):37-46.
6. Sezgin H, Hocoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(2):165-84.
7. Begum BN, Hasan S. Psychological problems among women with infertility problem: a comparative study. *Journal of Pakistan Medical Association* 2014;64(11):1287-91.
8. Fahami F, Pahlavanzadeh S, Asadi M. Efficacy of communication skills training workshop on sexual function in infertile women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(2):179-83.
9. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile woman. *Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2003;24(4):267-71.
10. Cousineau TM, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007;21(2):293-308.

11. Öztürk T. İnfertilitede anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından cinsiyet farklılıkları (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2011.
12. Alibaşoğlu H. İnfertilitede emosyonel semptomlar, evlilik uyumu ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farklılıkları (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
13. Volgsten H, Svanberg AS, Ekselius L, Lundkvist O, Poromaa IS. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility* 2010;93(4):1088-1096.
14. Al-Asadi JN, Hussein ZB. Depression among infertile women in Basrah, Iraq: Prevalence and risk factors. *Journal of the Chinese Medical Association* 2015;78:673-677.
15. Xiaoli S, Mei L, Junjun B, Shu D, Zhaolian W, Jin W ve ark. Assessing the quality of life of infertile Chinese women: a cross sectional study. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2016;55:244-250.
16. Dilek N, Beji NK. Yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012;9(1):24-9.
17. Kabil KS, Gozukara İ, Aksoy A, Gozukara KH, Uludag EÜ, Ulug P, Cengiz F. Effects of infertility etiology and depression on female sexual function. *Journal Of Sex & Marital Therapy* 2015;0(0):1-9.
18. Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Alavimajd H. Domestic violence in Iranian infertile women. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)* 2014;28:152-61.
19. Onat G, Beji NK. Effect on infertility on gender differences in Marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2012;165(2):243-8.
20. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K et al. The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on art terminology. *Human Reproduction* 2009;24(11):2683-7.
21. Larsen U. Research on infertility: which definition should we use? *Fertility and Sterility* 2005;83(4):846-52.
22. American Society For Reproductive Medicine Practise Committee (ASRM). Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertile Sterile* 2015;103(6):44-50.
23. Boyar Hİ. Kadın infertilitesi ve endokrinolojik hastalıklar. *Dicle Tıp Dergisi* 2013;40(4):700-3
24. Missmer SA, Abusief ME, Barbieri RL, Goldman MB. Infertility. Goldman MB, Troisi R, Rexrode KM (Editörler). *Woman and Health'de*. Amsterdam: Elsevier/Academic Press; 2013.s.251-70.
25. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 2005.

[http://www.mersinsaglik.gov.tr/Download/97\\_8\\_36\\_rehber-cilt-1.pdf](http://www.mersinsaglik.gov.tr/Download/97_8_36_rehber-cilt-1.pdf)

26. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements. *Human Reproduction Update* 2015;1.0(0):1-16.
27. World Health Organization, Macro ORC. Infecundity, infertility and childlessness in developing countries DHS Comparative Reports No. 9. 2004  
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf?ua=1>
28. Martinez G, Daniels K, Chandra A. Fertility of men and women aged 15–44 years in the united states: national survey of family growth, 2006–2010. *National Health Statistics Reports*; 2012 Apr. Report No: 51.
29. Ziller V, Hadji P, Thielscher C, Ziller M, Kostev K. Prevalence of female subfertility in German gynecological practices. *Gynecological Endocrinology* 2013;29(8):767-70.
30. Bushnik T, Cook JL, Yuzpe AA, Tough S, Collins J. Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction* 2012;27(3):738-46.
31. Turan V, Kopuz A, Özcan A, Kocakaya B, Şahin Ç, Solmaz U. Sexual dysfunction in infertile Turkish females: prevalence and risk factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2014;182:128-31.
32. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; 2014 Rapor No: SB-SAG-2014/5.
33. Şahin NH, Bilgiç D. İnfertilite. Beji NK (Editör). *Kadın sağlığı ve hastalıklarına giriş*'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 141-5.
34. Amani-Vamarzani S, Dusti YA, Hassanzadeh R. Psychological disorders among women with primary infertility and fertile women. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences* 2013;4(3):720-3.
35. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(4):112-21.
36. Çoban TK, Dinç A. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. *International Journal of Clinical Research* 2013;1(2):46-53.
37. Yumru AE, Öndeş B. İnfertil çiftte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon'a doğru hasta seçimi. *Journal of Academic Research in Medicine* 2011;1(2):57-60.
38. Demirtürk F, Çalışkan AC. Kadın infertilitesi. Günalp S, Erk A (Editörler). *Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite*'de. İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007. s.1013-69.
39. Gürkan T, Demirel A. İnfertil çiftin değerlendirilmesi. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (Editörler). *Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi*'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2008. s.1617-20.
40. Matthews ML. Evaluation of the infertile couple. Seli E (Editör). *Infertility*. West Sussex, UK; Wiley-Blackwell;2011. s.8-18.

41. Aktürk FS. Türk toplumunun yardımcı üreme tekniklerine bakışı (tez). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
42. Halvarson LM. Üreme endokrinolojisi, infertilite ve menopoz (çeviri: G. Köken, BS Ünlü). Yıldırım G (Editör). Williams Jinekoloji'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s.506-29.
43. Terzioğlu F. İnfertilite ve yardımcı üreme teknikleri. Taşkın L (Editör). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği'de. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. s. 547-66.
44. Fishel S, Dowell K, Thornton S. Reproductive possibilities for infertile couples: present and future. Bentley GR, Mascie-Taylor N (Editörler). Infertility in the modern world: present and future prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p.17-46.
45. Bozdağ G, Gürkan T. Yardımla üreme teknolojileri. Günalp S, Erk A (Editörler). Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite'de. İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007. s.1215-75.
46. Bradshaw KD, Brandon AR, Shivakumar G. Bening genel jinekoloji (çeviri: MK Pektaş, G. Köken). Yıldırım G (Editör). Williams Jinekoloji'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s.356-82.
47. Beji NK, Aşçı ÖS. Cinsellikle ilgili kuramlar ve ilk bilimsel çalışmalar. Androloji Bülteni 2011;(45):160-3.
48. CETAD, Kadın cinselliği. İstanbul: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları;2007-1.
49. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. World Health Organization Report; 2006a.
50. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2010;32(2):172-80.
51. Fıskın G, Beji NK. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. Androloji Bülteni, 2014:73-76.
52. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010;1(3):235-40.
53. Doğan S, Küçüköncü S. Geçmişten günümüze cinsellik araştırmaları. Nöropsikiyatri Arşivi 2009;46:102-9.
54. Masters WH, Johnson VE (Çeviri: Ü Sayın). İnsanda cinsel davranış. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları;1994. s.3-19.
55. Kayır A, Özdemir Ö. İnsanda cinsellik. Köroğlu E, Güleç C (Editörler). Psikiyatri temel kitabı'da. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006. s.416-20.
56. Çakmak D, Saatçioğlu Ö. Yüksek Lisans için ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi; 2003. s.185-191.
57. Sadock VA. Normal human sexuality and sexual and gender identity disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (Eds.). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. s.1577-608.

58. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sexual Marital Therapy* 1977,3(1):3-9.
59. Dinç H. Gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
60. Plaut M, Lehne GK. Sexual dysfunction, gender identity disorders & paraphilias. Goldman HH (Editör). In: *Review of general psychiatry*. USA: McGraw-Hill Companies; 2000. s.354-77.
61. Townsend MC. Cinsellik ve cinsel kimlik ile ilgili sorunlar (çeviri: A. Atlı, S. Fırıncık). Özcan CT, Gürhan N (Editörler). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama ve bakım kavramları'da*. Ankara: Akademisyen Kitabevi;2016. s.544-84.
62. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004;Ek3:3-13.
63. Meston CM, Bradford A. Sexual dysfunctions in women. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:233-56.
64. Bilgin Z, Kömürcü N. Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni* 2016;18(64):48-55.
65. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T et al. Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada (JOGC)* 2012;34(8):769-775.
66. Fugl-Meyer KS, Lewis LW. Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. 3rd International Consultation on Sexual Medicine-Paris 2010.
67. Ege E, Akın B, Arslan SY, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Türk bilim araştırma vakfı bilim dergisi* 2010;3(1):137-144.
68. Gölbaşı Z, Tuğut N, Erenel AŞ, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2014;36(1):1-10.
69. Hajikazemi E, Tabaghdehi MH. Frequency of sexual dysfunction and related factors. *International Journal of Gynecology & Obstetrics (Poster presentations-107S2)* 2009;S413-S729.
70. American Psychiatry Association (APA). *DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition*. (çeviri: E. Köroğlu). 2013.
71. Özbaş AA. Cinsellik ve cinsel sorunlar. Gürhan N (Editör). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği'de*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. s.591-620.
72. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004;63:126-130.
73. Aydın S, Beji NK. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10(2):8-13.



74. Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and Sterility* 2010;94(6):2022-5.
75. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22(3):166-76.
76. Tashbulatova D, Arıdoğan İA, İzol V, Seydaoğlu G, Ürünsak İF, Doran Ş. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2013;33(1):91-7.
77. Furukawa AP, Patton PE, Amato P, Li H, Leclair CM. Dyspareunia and sexual dysfunction in women seeking fertility treatment. *Fertility and Sterility* 2012;98(6):1544-8.
78. Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine* 2008;5(8):1907-14.
79. Pakpour AH, Yekaninejad MS, Zeidi IM, Burri A. Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian Women. *Archives Gynecology Obstetrics* 2012;286(6):1589-96.
80. Oskay ÜY, Beji NK, Serdaroğlu H. The issue of infertility and sexual function in Turkish women. *Sexuality and Disability* 2010;28(2):71-9.
81. Khademi A, Alleyassin A, Amini M, Ghaemi M. Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine* 2008;5(6):1402-10.
82. İris A, Kırmızı DA, Taner CE. Effects of infertility and infertility duration on female sexual functions. *Archives Gynecology Obstetrics* 2013;287(4):809-12.
83. Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010;9(5):481-6.
84. Aşkın R. Depresyon el kitabı. İstanbul: Roche Müstahzarları, 2010.
85. Kırılı S. Depresyon. Işık E, Taner E, Işık U (Editörler). *Güncel klinik psikiyatri'de*. Ankara: Organon, 2008. s.131-155.
86. Townsend MC. Depresif bozukluklar (çeviri: G. Ançel). Özcan CT, Gürhan N (Editörler). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama ve bakım kavramları'da*. Ankara: Akademisyen Kitabevi;2016. s.378-428.
87. Koç M. Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. Gürhan N (Editör). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği'de*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. s.475-538.
88. Çelik FG, Hocaoglu Ç. "Majör depresif bozukluk" tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2016;6(1):51-66.
89. Mental Health: New Understanding, New Hope. *World Health Report*; 2001. <http://www.who.int/whr/2001/en>
90. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011.

91. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması,2006  
file:///C:/Users/acer/Downloads/-Ekutuphane-kitaplar-200704061339590\_NBDtr.pdf
92. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association* 2003;289(23): 3095-3105.
93. Topuzoğlu A, Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Tanık FA, Zağlı N ve ark. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in İzmir, Turkey: prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *Journal of Affective Disorders* 2015;181:78–86.
94. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C ve ark. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25(4):264-81.
95. Ferrari,A.J. Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine* 2013;43:471-481.
96. Sylvia LG, Friedman ES, Kocsis JH, Bernstein EE, Brody BD, Kinrys G et al. Association of exercise with quality of life and mood symptoms in a comparative effectiveness study of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2013;151(2):722-7.
97. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları’da. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015:261-335.
98. Camp NJ, Cannon-Albright LA. Dissecting the genetic etiology of major depressive disorder using linkage analysis. *Trends in Molecular Medicine* 2005;11(3):138-44.
99. Engin E, Ergün G. Depresyon. Çam O, Engin E (Editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı’da*. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2014. s.333-67.
- 100.Gabbard GO. Mood disorders: Neurobiology. In: Sadock BJ, Sadock VA (Eds.). *Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2009. s.1328-38.
- 101.Lai Y. ve ark. Familiality and clinical outcomes of sleep disturbances in major depressive and bipolar disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;76:61-7.
- 102.Pınar ŐE, Tel H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3(2):86-91.
- 103.Black DW, Andreasen NC. Duygudurum bozuklukları (çeviri: ME. Demirkol). Tamam L (Editör). *Psikiyatride giriş ders kitabı’da*. Ankara: Akademisyen Kitabevi: 2014. s.141-69.
- 104.Dönmez ÇF, Yılmaz M. Elektrokonvülsif tedavi ve hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(2):80-89.
- 105.Bolu A, Erdem M, Öznur T. Transkranyal manyetik stimülasyonun psikiyatride tanısıl amaçlı kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5(4):378-387.

106. Peterson BD, Sejbaek CS, Pirritano M, Schmidt L. Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners?. *Human Reproduction* 2014;29(1):76–82.
107. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007;8:140-8.
108. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5(2):162-78.
109. Jafarzadeh-Kenarsari F, Ghahiri A, Habibi M, Zargham-Boroujeni F. Exploration of infertile couples' support requirements: a qualitative study. *International Journal of Fertility and Sterility* 2015;9(1):81-92.
110. Yılmaz T, OSKAY ÜY. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015;2(1):100-12.
111. Deka PK, Sarma S. Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners* 2010;3(3):336-338.
112. Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Samani RO. Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2015;130:253-256.
113. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3(2):80-85.
114. Bodur NE, Coşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;38(1):51-62.
115. Keskin G, Gümüş AB. İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(1):9-16.
116. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçügil L, Özmenler KN, Özşahin A. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(4):311-322.
117. Cesta EC, Viktorin A, Olsson H, Johansson V, Sjolander A, Bergh C et al. Depression, anxiety, and antidepressant treatment in women: association with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility* 2016;105(6):1594-1602.
118. Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2004.
119. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies* 2011;20(4):224-8.
120. Upkong D, Orji EO. Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):259-65.
121. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Naghizadeh MM. Psychiatric disorders among infertile and fertile women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009;44(7):587-91.

- 122.Chen T, Chang S, Tsai C, Juang K. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction* 2004;19(10):2313-8.
- 123.Mezones-Holguin E, Cordova-Marcelo W, Lau-Chu-Fon F, Aguilar-Silva C, Morales-Cabrera J, Bolanos-Diaz R et al. Association between sexual function and depression in sexually active, mid-aged, Peruvian women. *Climacteric* 2011;14:654-660.
- 124.Doğan S. Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders* 2011;1(2):81-6.
- 125.Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. *British Medical Bulletin* 2001;57:81-99.
- 126.Mourikis I, Antoniou M, Matsouka E, Voursoura E, Tzavara C, Ekizoglou C et al. Anxiety and depression among Greek men with primary erectile dysfunction and premature ejaculation. *Ann Gen Psychiatry* 2015;14(34):1-8.
- 127.Abhivant N, Sawant N. Sexual dysfunction in depressed Indian women attending a hospital out patient department in Mumbai. *Sri Lanka Journal of Psychiatry* 2013;4(1):10-13.
- 128.Reynaert C, Zdanowicz N, Janne P, Jacques D. Depression and sexuality. *Psychiatria Danubina* 2010;22(1):111-3.
- 129.Karaca A, Ünsal G. Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research* 2015;9(3):243-50.
- 130.Al-Homaidan HD. 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, Qassim University* 2011;5(2):108-15.
- 131.Duric V, McCarson KE. Hippocampal neurokinin-1 receptor and brain-derived neurotrophic factor gene expression is decreased in rat models of pain and stress. *Neuroscience* 2005;133(4):999-1006.
- 132.Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *The Journal of Sexual Medicine* 2009;6(6):1506-33.
- 133.Kartalçı Ş. Testosteron ve depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2(4):457-72.
- 134.Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C, Davis SR, Eden J, Lodhi I et al. Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society* 2010;13(2):121-31.
- 135.Rowland DL. Neurobiology of sexual response in men and women. *International Journal of Neuropsychiatric Medicine* 2006;11(8):6-12.
- 136.Lin C, Juang Y, Wen J, Liu C, Hung C. Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang Gung Medical Journal* 2012;35(4):323-31.
- 137.Bodenmann G, Ledermann T. Depressed mood and sexual functioning. *International Journal of Sexual Health* 2008;19(4):63-73.

- 138.Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends Psychiatry Psychotherapy* 2013;35(1):55-61.
- 139.Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M, Zayeri F. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility* 2006;85(1):139-43.
- 140.Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *The Journal of Urology* 2008;179:1056-9.
- 141.Beji NK, Kaya D. İnfertilitede birey-çift ve grup danışmanlığı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012;9(3):10-4.
- 142.Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing* 2002;23(1):31-41.
- 143.Durmaz H, Orak OS. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği (KLPH). Gürhan N (Editör). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. s.791-814.
- 144.Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;9(1):49-54.
- 145.Yakimo R, Kurlowicz LH, Murray RB. Evaluation of Outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing Practice. *Archives of Psychiatric Nursing* 2004;1(6):215-27.
- 146.Wand APF, Wood R, Macfarlane MD, Hunt GE. Comparison of consultation-liaison psychiatry services for inner-city, district or regional general hospitals using a common tool: Does one size fit all? *Journal of Psychosomatic Research* 2016;84:13-21.
- 147.Kaçmaz N. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği: Tarihsel Bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(1):75-85.
- 148.Aydemir Ö. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2006;2(47):85-8.
- 149.Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 2010;32(3):246-54.
- 150.Hamdieh M, Banihashem S, Beyraghi N, Abbasinejad M, Hagh-Ranjbar F. Physicians' attitudes toward integrating consultation-liaison psychiatric services in four major general hospitals in Tehran. *General Hospital Psychiatry* 2015;37(5):456-8.
- 151.Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction* 2005;20(4):1044-52.
- 152.Beck AT, Ward CH, Hendelson H, Mock MD, Erbauch J, Philadelph MD. An inventory for measuring Depression. *Archives of General Psychology* 1961;4:561-571.

- 153.Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir alışma. Psikoloji Dergisi 1989a,22:118-26.
- 154.Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989b,23:3-13.
- 155.Yılmaz CA, Eryılmaz HY. Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin (IFSF) geçerlilik-güvenilirlik alışması. Androloji Bülteni 2004;4:275-6.
- 156.Küçük L. İnfertilite çiftlerin ruh sağlığını nasıl etkiliyor? Androloji Bülteni 2010;40:35-6.
- 157.Czyzkowska A, Awruk K, Janowski K. Sexual satisfaction and sexual reactivity in infertile women: the contribution of the dyadic functioning and clinical variables. International Journal of Fertility and Sterility 2016;9(4):465-76.
- 158.Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. Middle East Fertility Society Journal 2013;18:187-90.
- 159.Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Direkvand-Moghadam A. Effect of infertility on sexual function: a cross-sectional study. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2015;9(5):1-3.
- 160.Orhan E. Erkek kaynaklı infertilite tanısı almış çiftlerde kaygı ve depresyon belirtileri, evlilik uyumu ve cinsel işlev bozuklukları (tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
- 161.Drosdzol A, Skrzypulec V. Evaluation of marital and sexual interactions of polish infertile couples. The Journal of Sexual Medicine 2009;6(12):3335-46.
- 162.Tayebi N, Ardakani SMY. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. European Journal of General Medicine 2009;6(2):74-7.
- 163.Taşkın Mİ, Usta A, Cüce Coşkun, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. European Journal of Health Sciences 2016;2(3):79-84.
- 164.Benli S. İnfertil kadınlarda depresyon ve anksiyete durumu ve ilişkili faktörler (tez). Konya: Seluk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2010.
- 165.Süt HK, Kaplan PB. Quality of life in omen with infertility via the FertiQol and the Hospital Anxiety and Depression Scales. Nursing and Health Sciences 2015;17:84-89.
- 166.Mert DG, Özen NE. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2011;14:85-93.
- 167.Berger MH, Messori M, Pastuszak AW, Ramasamy R. Association between infertility and sexual dysfunction in men and women. Sexual Medicine Reviews 2016:1-13.
- 168.Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. Journal of Postgraduate Medicine 2009;55(2):113-20.
- 169.Erdem K. İnfertil kadınlarda algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2012.

- 170.Karaca N, Karabulut A, Özkan S, Aktun H, Örengul F, Yılmaz R ve ark. Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2016;206:158-63.
- 171.Donkor ES, Sandall J. The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine* 2007;65(8):1683-94.
- 172.Missmer SA, Seifer DB, Jain T. Cultural factors contributing to health care disparities among patients with infertility in Midwestern United States. *Fertil Steril* 2011;95:1943-9.

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri .....	31
<b>Tablo 2.</b> İnfertil kadınların evlilik ve psikiyatrik öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	32
<b>Tablo 3.</b> İnfertil kadınların infertiliteye ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.</b> İnfertil kadınların infertilite durumunun evlilik yaşantısı üzerine etkisine ilişkin özelliklerin dağılımı.....	34
<b>Tablo 5.</b> Fertil kadınların evlilik ve çocuk sahibi olma ile ilgili özelliklerinin dağılımı .....	35
<b>Tablo 6.</b> İnfertil ve fertil kadınların IFSF ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları .....	37
<b>Tablo 7.</b> İnfertil ve fertil kadınların IFSF ölçeğine göre cinsel fonksiyon durumları.....	37
<b>Tablo 8.</b> İnfertil ve fertil kadınların BDÖ ortalama puanlarının ve depresif semptom varlığının dağılımı.....	38
<b>Tablo 9.</b> İnfertil kadınların BDÖ ortalama puanı ve IFSF alt boyut ve ortalama puanı ile bazı parametreler arasındaki ilişki.....	39
<b>Tablo 10.</b> Fertil kadınların BDÖ ortalama puanı ve IFSF alt boyut ve ortalama puanları ile bazı parametreler arasındaki ilişki.....	40
<b>Tablo 11.</b> İnfertil kadınların IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 12.</b> Fertil kadınların IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 13.</b> İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile IFSF ortalama puanlarının karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 14.</b> İnfertil ve fertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ile BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 15.</b> İnfertil kadınların evlilik ve psikiyatrik öykü özellikleri ile IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması .....	45



<b>Tablo 16.</b> İnfertil kadınların infertiliteye ilişkin özellikleri IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 17.</b> İnfertil kadınların evlilik yaşantısı özellikleri ile IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 18.</b> Fertil kadınların evlilik ve çocuk sahibi olma durumu ile IFSF ve BDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması .....	49

## ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Ardahan’da doğan Selda Öztürk ilköğretimini Zonguldak’ta orta ve lise öğretimini Kocaeli’nde tamamlamıştır. 2003 yılında Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde başladığı lisans eğitimini 2007 yılında tamamlamış ve hemşire ünvanı almıştır. 2014 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

2007 yılında Kocaeli John Hopkins Anadolu Sağlık Merkezinde Kardiyoloji/Kalp Damar Cerrahisi servis hemşiresi, 2008-2014 yıllarında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi ve Genel Cerrahi kliniğinde klinik hemşiresi olarak çalışmıştır.

2014 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalına Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı kapsamında araştırma görevlisi olarak atanmıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir. Psikiyatri Hemşireleri Derneği’ne üyedir.

## **EKLER**

**Ek 1.** Bilgi Formu (İnfertil Kadınlar)

**Ek 2.** Bilgi Formu (Fertil Kadınlar)

**Ek 3.** Beck Depresyon Ölçeği

**Ek 4.** Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF)

**Ek 5.** Etik Kurul İzni

**Ek 6.** Kurum İzni

## Ek 1. Bilgi Formu (İnfertil Kadınlar)

### BİLGİ FORMU

1.Yaşınız: .....

2.Evlilik yaşıınız: .....

3.Aile biçiminiz:  1. Çekirdek aile  2. Geniş aile

4.Eğitim durumunuz:  1. İlköğretim ve altı  2. Lise ve üstü

5.Eşinizin eğitim durumu:  1. İlköğretim ve altı  2. Lise ve üstü

6.Çalışma durumunuz:  1. Ev hanımı  2. Çalışıyor  3. Emekli

7.Eşinizin çalışma durumu:  1. Çalışmıyor  2. Çalışıyor  3. Emekli

8.Gelir durumunuz:  1. İyi  2. Orta  3. Kötü

9.Sigara kullanıyor musunuz?  1. Evet  2. Hayır

10.Alkol kullanıyor musunuz?  1. Evet  2. Hayır

11.Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? .....

12.Tedavi masraflarını kim karşılıyor?  1. kendim  2. sosyal güvenceniz

3. bir kısmı kendi/bir kısmı sosyal güvence  4.ailesi ve yakınları destek oluyor

13.Şimdiki evliliğiniz ilk evliliğiniz mi?  1. Evet  2. Hayır

14.Evlilik şekliniz:  1. Görücü usulü / istemeden  2. Görücü usulü/isteyerek  3. Tanışarak

15.Tedavi sürecinizde yalnız psikolojik/psikiyatrik yardım alıyor musunuz?

1. Hayır  2. Evet (açıklayınız) .....

16.Eşinizle birlikte psikolojik/psikiyatrik yardım alıyor musunuz?  1. Hayır  2. Evet

17.İnfertilite şekli:

1. Primer infertil(Hiç gebelik yaşamamış)  2. Sekonder infertil(Daha önce gebelik yaşamış)

18.İnfertilite sebebiniz:

1. Over yetmezliği  2. Eşimin sperm sayı ve kalitesinin azlığı

3. Eşimde hiç sperm olmaması  4. Çeşitli hastalıklar  5. Nedeni belli değil

**19. Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor?**

1. 0- 2 yıl       2. 3-5 yıl       3. 6-8 yıl       4. 9 ve üstü

**20. Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?**

1. 0- 2 yıl       2. 3-5 yıl       3. 6-8 yıl       4. 9 ve üstü

**21. Aşılama Sayınız: 1  1    2  2    3  3    4  4 ve üstü**

**22. Tüp bebek Sayınız : 1  1    2  2    3  3    4  4 ve üstü**

**23. Çocuğunuzun olmaması sizi ve evliliğinizi en çok nasıl etkiledi?**

1. Çok üzüldüyorum     2. Boşanmaktan korkuyorum     3. Eşimden ve ailesinden utanıyorum     4. Çok umutsuzum     5. Beni hiçbir şekilde etkilemiyor  
 6. Evliliğimizi hiçbir şekilde etkilemiyor     7.....

**24. Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki nasıl?**

1. Anlayışlı       2. Destekleyici       3. Tedavi arayışında       4. Hayal kırıklığı  
 5. Öfkeli       6. Suçluluk hissi       7. Tehditkar       8. Diğer.....

**25. Çocuğunuz olmadığı için eşinizin sizden ayrılacağını düşünüyor musunuz?**

1. Hayır       2. Evet

**26. Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin ailesinin verdiği tepki nasıl?**

1. Anlayışlı       2. Destekleyici       3. Öfkeli       4. Hayal kırıklığı  
 5. Tedavi arayışında       6. Suçlama       7. Küçümseme       8. Tehditkar

**27. Çocuğunuzun olmaması durumuna çevrenizdeki insanların verdiği tepki nasıl?**

1. Destekleyici     2. Anlayışlı     3. Aşağılayıcı     4. Küçümseyici  
 5. Acıma

**28. İnfertilite tedavisine başlamanızı ilk kim önerdi?**

1. Kendim     2. Eşim     3. Eşim ve ben     4. Ailem     5. Eşimin ailesi  
 6. Arkadaşım

**Ek 2. Bilgi Formu (Fertil Kadınlar)**

**BİLGİ FORMU**

**1.Yaşınız:** .....

**2.Evlilik yaşıınız:** .....

**3.Aile biçiminiz:** ( ) 1. Çekirdek aile ( ) 2. Geniş aile

**4.Çocuğunuz var mı?** ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

Var ise sayısı: .....

**5.Evlendikten ne kadar süre sonra çocuk sahibi oldunuz?(Belirtiniz)** .....

**6.Çocuk sahibi olmak için herhangi bir tedavi aldınız mı?**

( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

**7. Cevabınız evet ise hangi tedavi yöntemini kullandınız?**

( ) 1. Tüp bebek tedavisi ( ) 2. Aşılama ( ) 3. İlaç tedavisi ( ) Eşim tedavi oldu.....

**8.Eğitim durumunuz:** ( ) 1. İlköğretim ve altı ( ) 2. Lise ve üstü

**9.Eşinizin eğitim durumu:** ( ) 1. İlköğretim ve altı ( ) 2. Lise ve üstü

**10.Çalışma durumunuz:** ( ) 1.Ev hanımı ( ) 2. Çalışıyor ( ) 3. Emekli

**11.Eşinizin çalışma durumu:** ( ) 1. Çalışmıyor ( ) 2. Çalışıyor ( ) 3.Emekli

**12.Gelir durumunuz:** ( ) 1.İyi ( ) 2.Orta ( ) 3.Kötü

**13.Sigara kullanıyor musunuz?** ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

**14.Alkol kullanıyor musunuz?** ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

**15.Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? Var ise adı:** .....

**16.Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı? Var ise adı:** .....

**17.Evlilik şekliniz:** ( ) 1. Görücü usulü / istemeden ( ) 2. Görücü usulü/isteyerek ( ) 3. Tanışarak

**18.Şimdiki evliliğiniz ilk evliliğiniz mi?** ( ) 1. Evet ( ) 2.Hayır .....

**19.Çocuğunuz ilk eşinizden mi?** ( ) 1. Evet ( ) 2.Hayır .....

### Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği

#### Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı



#### Ek 4. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF)

##### INDEX OF FEMALE SEXUAL FUNCTION ( IFSF ) ( KADIN CİNSEL FONKSİYON SORGULAMA İNDEKSİ )

<p>1. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişki sırasında hiç rahatsızlık hissettiniz mi?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadım</li><li>2. Hemen hemen her zaman rahatsızlık hissettim</li><li>3. Çoğu zaman ( ilişkilerimin yarısından fazlasında ) rahatsızlık hissettim</li><li>4. Bazı zamanlar ( ilişkilerimin yaklaşık yarısında ) rahatsızlık hissettim</li><li>5. Birkaç defa ( ilişkilerimin yarısından azında ) rahatsızlık hissettim</li><li>6. Hemen hemen hiç rahatsızlık hissetmedim</li></ol>
<p>2. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişki sırasında vagina ( hazne )'nızda kuruluk oldu mu?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadım</li><li>2. Cinsel ilişkilerimin hepsinde vaginamda kuruluk oldu</li><li>3. İlişkilerimin yarısından fazlasında vaginamda kuruluk oldu</li><li>4. İlişkilerimin yaklaşık yarısında vaginamda kuruluk oldu</li><li>5. İlişkilerimin yarısından azında vaginamda kuruluk oldu</li><li>6. Vaginamda hemen hemen hiç kuruluk olmadı</li></ol>
<p>3. Geçtiğimiz 4 hafta içinde kaç defa cinsel ilişkide bulundunuz?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hiç girişimde bulunmadım</li><li>2. 1-2</li><li>3. 3-4</li><li>4. 5-6</li><li>5. 7-10</li><li>6. 10'dan fazla</li></ol>
<p>4. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişkiyi kaç defa arzuladınız?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hemen hemen hiç arzulamadım</li><li>2. Birkaç defa ( ilişkilerimin yarısından azında ) arzuladım</li><li>3. Bazı zamanlar ( İlişkilerimin yaklaşık yarısında ) arzuladım</li><li>4. Çoğu zaman ( ilişkilerimin yaklaşık yarısından fazlasında ) arzuladım</li><li>5. Hemen hemen her zaman arzuladım</li></ol>
<p>5. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel arzunuzu nasıl değerlendirirsiniz?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cinsel ilişkiyi hiç arzulamadım</li><li>2. Cinsel ilişkiyi çok az arzuladım</li><li>3. Cinsel ilişkiyi orta derecede arzuladım</li><li>4. Cinsel ilişkiyi çok arzuladım</li><li>5. Cinsel ilişkiyi çok çok arzuladım</li></ol>

<p>6. Geçiğimiz 4 hafta içinde seks yaşamınız ne derece tatmin ediciydi?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hiç tatmin edici değildi</li><li>2. Çoğunlukla tatmin edici değildi</li><li>3. Seks yaşamının %50'si tatmin ediciydi</li><li>4. Genellikle tatmin ediciydi</li><li>5. Çok tatmin ediciydi</li></ol>
<p>7. Geçiğimiz 4 hafta içinde partnerinizle ( eşinizle ) olan cinsel ilişkiniz ne derece tatmin ediciydi?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hiç tatmin edici değildi</li><li>2. Çoğunlukla tatmin edici değildi</li><li>3. Seks yaşamının %50'si tatmin ediciydi</li><li>4. Genellikle tatmin ediciydi</li><li>5. Tatminkardı</li></ol>
<p>8. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla orgazm ( doyum ) hissi yaşadınız?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı</li><li>2. Hiç ya da hemen hemen hiç</li><li>3. Nadiren ( yarısından çok daha azında )</li><li>4. Bazen ( yaklaşık yarısında )</li><li>5. Çoğunlukla ( yarısından çok daha fazlasında )</li><li>6. Hemen hemen hepsinde ( her zaman )</li></ol>
<p>9. Geçiğimiz 4 hafta içinde cinsel uyarı veya cinsel ilişki sırasında klitoris (bızır) duyarlılığınız nasıldı?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hiç duyarlılık yoktu</li><li>2. Çok az duyarlılık vardı</li><li>3. Orta derecede duyarlılık vardı</li><li>4. Bir hayli derecede duyarlılık vardı</li><li>5. Çok fazla duyarlılık vardı</li></ol>

## Ek 5. Etik Kurul İzni

### T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2015/176	
	PROTOKOL ADI	İnfertil Olan ve Ölmeyen Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlar ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜN VANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 16/09	Tarih: 03.09.2015	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Selda ÖZTÜRK'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcutun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

#### ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>izimli</i>
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>izimli</i>
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>izimli</i>
Prof. Dr. Muzaffer ESKIOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>izimli</i>
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>izimli</i>
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU  
Dekan a.  
Dekan Yrd.

## Ek 6. Kurum İzni



T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



SAYI : 79056779/ 600-6857  
KONU :

EDİRNE 26 Ekim 2015

Sayın; Arş. Gör. Selda ÖZTÜRK

İlgi : 20/10/2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, "İnfertil Olan ve Olmayan Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlar ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmanızı yürütme isteğiniz Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN  
Merkez Müdürü

Posta Adresi:  
T.Ü.Hastanesi  
22030 Balkan Yerleşkesi/EDİRNE

Tel : (0284) 235 27 31  
Fax : (0284) 235 27 30  
e-posta: [bashekim@trakya.edu.tr](mailto:bashekim@trakya.edu.tr)