



T.C
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA
CİNSEL MİTLERE İNANMA DÜZEYİ

UZMANLIK TEZİ
DR. BETÜL UYAR

DİYARBAKIR 2015



**T.C
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA
CİNSEL MİTLERE İNANMA DÜZEYİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. BETÜL UYAR**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Süleyman DEMİR**

DİYARBAKIR 2015

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Aytekin SIR'a, tezimin her aşamasında emeği geçen Yrd. Doç. Dr. Süleyman DEMİR'e, diğer bölüm hocalarıma, hayatım boyunca ve tez sürecimde desteğini her zaman yanımda hissettiğim DÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Talip GÜL'e, psikiyatri bölümü asistanlarına ve çalışmamda emeği geçen tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmem için emeklerini esirgemeyen anneme, babama, kardeşlerime ve hayatımın anlamı oğlum Ahmet Burak'a teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: İnfertilite, reproduktif çağda olan bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın, en az bir yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmamasıdır. Cinsel mitler, kişilerin cinsel konularda doğru olduğunu düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış ve bilimsel değeri bulunmayan inanışlardır. Cinsel bilgi ve eğitim eksikliği; toplumun cinselliğe yaklaşımında katı tutum, tabular ve yasaklarla birleştiğinde birçok cinsel soruna ve cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Çalışmamızın amacı infertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyini belirlemektir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamıza Ocak 2015 ile Mayıs 2015 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü İnfertilite Polikliniğine başvuran 100 primer infertil kadın hasta ve 78 sağlıklı kadın alınmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)-Kadın Formu ve Cinsel Mitleri Değerlendirme Formu uygulandı. Verilerin analizinde SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanıldı.

Bulgular: Otuz cinsel mitin 9'unda cinsel mitlere inanma düzeyi infertil kadınlarda sağlıklı kontrollere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Cinsel mitlere inanma düzeyini; kırsal kesimde yaşama, eğitim süresinin 10 yıldan az olması, geniş aile yapısı, görücü usulüyle evlenme, infertilite ve tedavi süresinin 6 yıldan daha uzun olmasının artırdığı bulundu. Cinsel mitlere inanma düzeyindeki artmanın cinsel doyumda azalma ile ilişkili olduğu saptandı. Çalışmamızda BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları infertil kadınlarda sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sonuçlar: Sağlıklı kontrollere kıyasla infertil kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyinin yüksek olduğu ve bu yüksekliğin eğitim seviyesinin düşük olması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Toplumumuzda ve infertil bireylerde yaygın olan mitlerin sönmesi ve daha sağlıklı bir cinsel yaşam için, cinsel eğitimin uygun yaşta, doğru kaynaklardan bireylere verilmesinin gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: İnfertilite, cinsel mitler, cinsellik, depresyon, anksiyete

ABSTRACT

Objective : Infertility is defined as failure of fetation in a couple at reproductive age with regular sexual intercourse at least for one year without any contraseption method being used. Myths are thoughts people think they are true. Sexual myths are mostly exaggerated and false beliefs which have no scientific background. Lack of sexual knowledge and education, when combined with society's strict behavior, taboos and restrictions about sexuality can lead to several sexual problems and sexual dysfunctions. The purpose of this study was to determine sexual myth belief ratio in infertile women.

Materials and methods: Our study included 100 primer infertile women who applied to Dicle University Faculty of Medicine Gynecology Infertility Policlinic between January-May 2015 and and 78 fertile women. Participants had answered the questions of Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) -Woman form and sexual myth evaluation form. Results have been analysed with SPSS 16.0.

Results: The levels of belief on 9 sexual myths in 30 were significantly higher in infertile women compared to fertile women. We have found that various parameters has augmented belief on sexual myths, as living in countryside, education, family type, blind date marriage, infertility and treatment duration. Evidence suggests that, impairment of sexual satisfaction increases the belief levels on sexual myths. BDI, BAI and ASEX scores has been found significantly higher in infertile group compared to fertile group.

Conclutions: Belief on sexual myths has been found significantly higher in infertile women compared to fertile women. Low education has been found associated with higher belief levels. It is important to get sexual education from right sources in the right time which is essential for a better sexual life and reduction in sexual myth belief levels.

Keywords: Infertility, sexual myths, sexuality, depression, anxiety

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	v
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. İnfertilite	2
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi	2
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etyoloji	3
2.1.4. Tanı ve Tedavi	4
2.1.5. İnfertilite ve Psikiyatrik Belirtiler	4
2.1.6. İnfertilite ve Cinsel İşlevler	7
2.2. Cinsel Mitler	8
3. GEREÇ ve YÖNTEM	14
3.1. Denek Grubunun Seçimi	14
3.2. Kontrol Grubunun Seçimi	15
3.3. Gereçler	15
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. KAYNAKLAR	49
EKLER	58
EK 1	58
EK 2	59
EK 3	60
EK 4	64
EK 5	65
EK 6	66

TABLO LİSTESİ

Sayfalar

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri	19
Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	20
Tablo 3: Hasta ve kontrol grubunun yaşadığı yere göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	20
Tablo 4: Hasta ve kontrol grubunun eğitim süresine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	21
Tablo 5: Hasta ve kontrol grubunun aile biçimine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	22
Tablo 6: Hasta ve kontrol grubunun evlilik biçimine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	22
Tablo 7: Hasta grubunun infertilite süresine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	23
Tablo 8: Hasta grubunun tedavi süresine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	24
Tablo 9: Hasta grubunda eşin tutumuna göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	24
Tablo 10: Hasta grubunda eşin ailesinin tutumuna göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları	25
Tablo 11: Hasta ve kontrol grubunda cinsel mitlere inanma düzeyi	27
Tablo 12: Hasta grubunda yaşadığı yere göre cinsel mitlere inanma düzeyi	28
Tablo 13: Hasta grubunda eğitim süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi	29
Tablo 14: Hasta grubunda aile biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi	30
Tablo 15: Hasta grubunda evlilik biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi	31
Tablo 16: Hasta grubunda infertilite ve tedavi süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi	32
Tablo 17: Hasta grubunda cinsel mitlere inanma durumuna göre ACYÖ skorlarının karşılaştırılması	33
Tablo 18: Hasta grubunda cinsel mitlere inanma durumu ile BDÖ skorlarının karşılaştırılması	34
Tablo 19: Hasta grubunda cinsel mitlere inanma durumu ile BAÖ skorlarının karşılaştırılması	35

KISALTMALAR

ACYÖ	: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HSD	: Honest Significant Difference
HSG	: Histerosalpingografi
IVF	: In-Vitro Fertilizasyon

1. GİRİŞ

İnfertilite, reproduktif çağda olan bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın, en az bir yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanır (1). İnfertilite reproduktif yaş grubundaki çiftlerin %10-15 kadarını etkilemektedir (2). İnfertilite görülme sıklığı toplumlarda farklılık gösterebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde infertilite oranı %8-10 iken gelişmekte olan ülkelerde %15-20' dir (3, 4). Ülkemizde infertilite oranı %15 olarak kabul edilmektedir (5).

İnfertilite tanısı çiftlerde nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilmektedir (6). Bu kriz 9 evreden oluşur. Bu evreler şok ve inanmama, inkar, anksiyete, kontrol kaybı, yalnızlık ve yabancılaşma, suçluluk, öfke, depresyon ve yas, gerçekleri kabul etme ve uyumdur (6, 7).

İnfertilite ünitesine başvuran kadınların %69 ve erkeklerin %21 oranında önceden varolan ya da yeni gelişen bir psikiyatrik hastalığı olduğu bildirilmektedir (8). En yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar uyum bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Depresyon öyküsü olan infertil kadınlarda depresyon prevalansının 2 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (9).

İnfertilite tedavisi aylar, hatta yıllar sürebildiğinden çiftin ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide dölleme amacının olması, belli pozisyonları benimseme bunların sebepleri arasındadır. Çiftler cinselliklerini adeta gözlem ve baskı altında hissetmektedir. Kadınlarda seksüel disfonksiyon; cinsel istek kaybı, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, anorgazmi biçiminde ortaya çıkmaktadır (10).

Cinsel mitler, kişilerin cinsel konularda doğru olduğunu düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış ve bilimsel değeri bulunmayan inanışlardır (11). Cinsel bilgi ve eğitim eksikliği; toplumun cinselliğe yaklaşımında katı tutum; tabular ve yasaklarla birleştiğinde birçok cinsel soruna ve cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (12). Cinsel işlev bozukluklarının, cinsel mitlerle ilişkili olduğu çeşitli yayınlarda bildirilmektedir (12-15). İnfertil hasta grubunda cinsel işlev bozuklukları normal sağlıklı topluma göre daha sık görülmektedir (10, 16). Bu durum infertil grupta cinsel mitlere inancın daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmanın amacı infertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

İnfertilite, üretkenlik döneminde olan çiftlerin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadan, en az bir yıl düzenli cinsel ilişkiye girmelerine rağmen gebeliğin oluşmaması durumudur (1). Daha önce hiç gebelik oluşmamışsa primer infertilite, daha önce canlı doğumla sonuçlansın veya sonuçlanmasın en az bir gebelik oluşmuşsa sekonder infertilite olarak adlandırılır. Normal bir çiftin bir ay içinde gebe kalma olasılığı %20-25, altı ay içinde %75 ve bir yıl içinde %85-90'dır (17).

İnfertilitenin tarihçesi çok eski zamanlara dayanmaktadır. İlk defa Mısır papirüslerinde infertiliteden bahsedildiği görülmüştür (18). Bu kaynaklarda, infertil kadının gebe kalabilmesi için bir boğayla sembolik olarak cinsel ilişkiye girmesi gerektiğinden bahsedilmektedir. Antik çağlarda Yahudiler'de ise; 'çocuk'; istenen, Tanrı tarafından takdis edilen, infertilite ise, Tanrı tarafından cezalandırma ve ilahi bir lanetlenme olarak görülmüştür (19).

İlk kez Hipokrat, o devirdeki büyü ile iç içe geçmiş tıbbi tedavi anlayışını reddederek rasyonel düşünce ve muhakemeye dayalı yeni bir tıbbi sistem geliştirerek infertilitenin tıbbi bir sorun olduğunu ve bundan dolayı kadınların dışlanması yanlış olduğunu savunmuştur (20). Hipokrat infertilitenin nedenine yönelik birçok kuram ve infertilite için tedavi seçenekleri geliştirmiştir. Bunlardan bir tanesinde 'Rahim ağzı çok sıkı ve kapalı olduğunda iç orifis içine kırmızı nitre, kimyon, reçine ve bal karışımı sürülerek açılmalıdır.' demiştir. Aristoteles ve Platon cinsel birleşmede kadının döllenme için bir madde yaydığını belirtmişlerdir. Tüm bu gelişmelere rağmen, Eski Yunan'da infertil kadın, aşağılık bir yaratık olarak görülmekten kurtulamamıştır (19). Bazı eski kültürlerde infertil kadınlar eşlerinin soyunu devam ettiremedikleri için sadece aşağılayıcı sözlere değil; boşanma (İngiltere Krallığı), sandalyeye bağlanarak diri diri yakılma (Hint kültürü), ipe asılma gibi cezalara da maruz bırakılmışlardır. İnfertilite, kadınlar için bugün de geçmişte olduğu gibi damgalayıcı ve cezalandırıcı bir faktör olabilmektedir (19). Günümüzde dahi özellikle gelişmemiş, kadının eğitim ve sosyal statüsünün geri

kaldığı ülkelerde hala benzer inanış ve tutumlar söz konusudur (20, 21). Örneğin, Çad'da ve Zaire'de yaşayan infertil kadınların, dini ritüellerinden birini yerine getirmemiş, atalarından birinin veya eşinin dediğini yapmamış olduğuna inanılmaktadır (21).

2.1.2. Epidemiyoloji

İnfertilite, reproduktif yaş grubundaki çiftlerin %10-15 kadarını etkilemektedir (22). İnfertilite görülme sıklığı her toplumda farklıdır. DSÖ'ye göre infertilite, tüm dünyada 50-80 milyon kadını etkilemektedir (4). Ülkemizde yeterli bir istatistiksel bilgi olmamakla birlikte, Sağlık Bakanlığı verilerine göre infertilite oranı %15 olarak kabul edilmektedir (5). Gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10'unda, gelişmekte olan ülkelerde %15-20'sinde infertilite görülmektedir (23). Dünyada her 10 kadından biri, İngiltere'de her 7 çiftten biri, Amerika'da ise 6 çiftten biri infertilite problemi yaşamaktadır. İsveç'te ve İran'da ise çiftler arasında infertilite görülme oranı %10 olarak bildirilmiştir (23, 24).

2.1.3. Etyoloji

İnfertilite sebepleri genel olarak kadına ait sebepler (%46,7), erkeğe ait sebepler (%19), hem kadın hem erkeğe ait sebepler (%18,2) ve nedeni açıklanamayan infertilite (%16,1) olarak ayrılabilir (25).

Biz burada kadına ait nedenleri ele alacağız.

Ovulatuvar ve luteal disfonksiyonlar: Ovulatuvar ve luteal disfonksiyonlar kadın infertilitesinin önemli nedenlerindendir. Tüm infertilite nedenlerinin %15-20'sini, kadın infertilitesi nedenlerinin %40'ını oluşturmaktadır (26). Menstrüel siklusa yumurtlamayla sonuçlanan folikül gelişimi ve yumurtlama sonrasında gelişen luteal faz, birlikte ovulatuvar ve luteal faktörü oluşturur. Bu süreçte oluşabilecek bozukluklar döllenmiş ovumun implantasyonunu etkileyerek infertiliteye neden olabilir (27, 28).

Tubaperitoneal faktörler: İnfertilite etyolojisinde %35-40 oranında yer tutar. Pelvisin inflamatuvar hastalıklar, endometriyozis ve abdominopelvik

operasyonlar tuboperitoneal faktörlerdir (26).

Uterusa ait faktörler: Uterusa ait faktörlerin görülme sıklığı % 2-5 arasındadır. Konjenital olabildiği gibi sonradan da meydana gelebilen bu patolojiler myomlar ve endometrial polipler, intrauterin adezyonlar, endometritler ve müllerian anomaliler şeklinde sıralanabilir (29).

Servikal faktörler: İnfertil olguların % 5-10'undan sorumludur. Mukusta meydana gelen kalite ve kantite değişiklikleri, enfeksiyon ve immünolojik değişiklikler infertiliteye sebep olur (29).

2.1.4. Tanı ve Tedavi

Değerlendirmenin başlangıcında hem kadın hem erkek, geçmişteki üreme performansına bakılmaksızın incelenmelidir. Öncelikle iyi bir anamnez alınmalıdır. Anamnezde yaş, evlilik süresi, kaç yıldır çocuk sahibi olmak istedikleri, menstruasyon ve gebelik öyküsü, cinsel ilişki sıklıkları ve tıbbi özgeçmiş bilgileri ayrıntılı olarak alınır. Ayrıntılı fizik muayene ve jinekolojik muayene, vajinal ultrasonografiden sonra infertil çiftlerin değerlendirmesinde öncelikle erkekte sperm ve kadında oositlerin varlığı araştırılır. Erkekte spermiogram yapılarak spermilerin varlığı, sayısı, hareket durumu ve normal olup olmadıkları tespit edilir. Kadında ovulasyonun olup olmadığına bakılır. Bu amaçla, ultrasonografi ile ovulasyon takibi, hormon düzeylerinin araştırılması, bazal vücut ısısı, servikal mukus tetkiki, vajinal smear ve endometrial biopsiden faydalanılabilir. Bundan sonra serviks, uterus ve tubaların değerlendirilmesi için postkoital test, histerosalpingografi (HSG) ve laparoskopi yapılabilir. (30). Tedavide; ovulasyon indüksiyonu, yapay dölleme ve yardımla üreme teknolojileri kullanılmaktadır (30, 31).

2.1.5. İnfertilite ve Psikiyatrik Belirtiler

İnfertilite tanısı çiftlerde nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir (6). Çiftler genellikle kendilerini geleceğin anne-babaları olarak düşünmektedirler (32). Erikson'un gelişim teorisine göre doğurganlık veya gelecek kuşağa rehberlik yetişkinlikte önemli bir gelişimsel görevdir (32, 33). İnfertil çiftler

bu gelişim döneminin temel ihtiyaçlarından birini yerine getirememesi durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar (33). Bu nedenle infertilite gelişimsel bir kriz olarak tanımlanmıştır (32, 33). Çiftlerin bu krize verdiği tepki 9 evrede incelenebilir.

1.Şok ve inanmama: Bu evrede çift infertilite olasılığına hazırlıksızdır, sürekli bir gebelik ümidi vardır ve adet döneminde gerginlik ve ümitsizlik yaşar (6).

2.Yadsıma (inkar): Bu evrede çiftler, çocuk sahibi olamamanın nedenini yaşadıkları yoğun stres, yorgunluk, geçirilen grip ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye girememesi gibi gerekçelerle geçiştirmeye çalışır (6).

3.Anksiyete: İnfertilite tedavisi gören kadın, bedeni işgal ediliyor veya saldırıya uğruyor gibi hissedip yoğun korku yaşayabilir. Kişilerde eşi tarafından terk edilme duygusu ortaya çıkar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde yetersiz ve eksik olmaktan ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. Eşler tıbbi yardım almaktan çekinebilir. Tanı ve tedavi için yapılan işlemler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyete artar (6, 7).

4. Kontrol kaybı: İnfertilite tedavisi sırasında çiftler kontrol kaybı yaşadıkları duygusuna kapılabilirler. Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları üzerindeki mahremiyetlerini kaybediyormuş duygusu yaşayabilir. Çünkü infertilitenin tanı ve tedavisi sırasında kişilerin bedenleri ve cinsel yaşamları mercek altına alınır (6).

5.Yalnızlık ve yabancılaşma: Aylar ilerledikçe infertilite tedavi sürecinin yarattığı duygusal hasar gittikçe artar ve çiftin sorunla başa çıkma kapasitesi ve kaynakları gittikçe azalır (6, 7, 19). Bu duyguların devam etmesi eşlerde yalnızlık ve yabancılaşmaya yol açar. Bu evrede, kişiler gebe kalan arkadaşlarını gördükçe, onlarla paylaşacakları ortak şeylerin azaldığına, arkadaşlarının onların infertilite ile ilgili sorunlarından sıkıldıklarına inanmaya başlarlar. Kendilerini farklı ya da kusurlu gibi görüp utanırlar. Çiftler, sadece dış dünyadan değil, birbirlerinden de uzaklaşır ve yabancılaşırlar (6, 7).

6.Suçluluk: Eşler, diğerinin anne babalık rolünü yerine getirmesine engel olduğunu düşünüp kendisini suçlu hisseder. Bu duygulara, ait oldukları kültürün gereği olarak, önemli bir toplumsal rolü gerçekleştirememenin suçluluğu da eklenebilir (6, 7).

7.Öfke: İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama bulma arayışı, eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları, kötü olayları hatırlamaya yöneltir. Eşler, düşmanlık ve kin duyguları ile kendisini ya da ötekini suçlamaya başlayabilir. Eşlerden biri çocuk sahibi olma kararını geç almış olmaktan dolayı ya da infertilite sorununa neden olduğu için diğer eşe öfkelenebilir. Neslin sürmesi ile ilgili olarak son nesil olmak bireyde varoluşsal bir kriz yaratabilir. Çiftlerden biri kendinden özveride bulunarak boşanma önerisini gündeme getirebilir ya da ciddi bir intihar girişiminde bulunabilir (6, 7).

8.Depresyon ve yas: İnkâr, suçluluk ve öfke duyguları ile başa çıkamayan çift, bir noktada umutsuzluğa kapılmaya başlar ve bitkin düşer. Günlük yaşamdan zevk almama ve hemen her şeye karşı ilgi ve istek kaybı ortaya çıkabilir. Bireyler belirsiz bir gelecekle ilgili kayıp duygusu yaşarlar. Bu kayıp duygusu savaşta yakınından haber alamayan birinin kaybına benzer. Kaybolan kişinin sonu belirsizdir. Durumla ilgili bir açıklama getirilemez ve cenaze töreni düzenlenemez ancak o kişinin geri gelmeyeceği bilinir. İnfertil çiftteki depresyon ve yas bu kayıp duygusuyla ilişkilidir. Çift, sadece biyolojik bir çocuk sahibi olamamayı değil, ideal aile ve çocuk hayallerinin de kaybını yaşamaktadır (6, 7).

9. Gerçekleri kabul etme ve uyum: Bu evrede çiftin durumlarını gerçeğe uygun algılamaları, durumları ile ilgili duygularını tanımları ve kabullenmeleri beklenir. İnfertilite krizi ile sağlıklı bir şekilde başa çıkan çiftler yavaş yavaş çözülme evresine girerler. İnkâr yerine gerçekler kabul edilir. Yaşanan olumsuz duygularla başa çıkmada hangi yöntemlerin kullanılacağına karar verilir. Bazı çiftler menopoza kadar gebe kalma çabalarını sürdürürken bazıları infertilite tedavisinden vazgeçerek sorunu kadere bırakır. Tedaviden vazgeçen çiftler kayıpları için yas tutar

ve duygusal olarak anne babalık dışında kendilerini ödüllendirecek başka yollara yönelir. İnfertil çiftlerin bir kısmı evlat edinme, vericiden ovum, sperm alma ya da embriyo transferi veya taşıyıcı annelik yolları ile çocuk sahibi olma seçeneklerini araştırır (6, 7).

İnfertilite ünitesine başvuran kadınların %69 ve erkeklerin %21 oranında önceden varolan ya da yeni gelişen bir psikiyatrik hastalığı olduğu bildirilmektedir (34). En yaygın görülen bozuklukların uyum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve depresyon olduğu belirtilmektedir (9, 35). Ülkemizde yapılan bir çalışmada infertil çiftlerin %38.6'sında psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluklar kadınlarda (%84.7) erkeklere (%38.8) göre daha yüksek oranda bulunurken en sık uyum bozukluğu (%38.8), yaygın anksiyete bozukluğu (%24.7) ve majör depresif bozukluğa (%10.59) rastlanmıştır (36). İnfertil çiftlerde başarısız tedaviden sonra kadınlarda anksiyete ve depresyonun arttığı ve 6 ay sonra psikiyatrik semptomların devam ettiği belirtilmektedir. Takiplerde kadınların %20'den fazlasında depresyon ve anksiyetenin subklinik formları izlenmiştir (37). İnfertil kadınlar, kronik hastalık yaşayan kadınlarla karşılaştırıldıklarında depresyon ve anksiyete skorları açısından benzer bulunmuşlardır (38). Kadınların %17'sinin başarısız bir tedaviden sonra bir ve/veya iki hafta boyunca klinik anlamda depresyon denebilecek bir durumu yaşadıkları söylenmektedir (39).

2.1.6. İnfertilite ve Cinsel İşlevler

İnfertilite tedavisi çok uzun süren bir tedavi olduğu için çiftin ilişkisini olumsuz etkileyebilmekte, en azından alışılmış biçiminin dışına çıkarmaktadır. Zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide amacın gebelik olması, belli pozisyonları benimseme bu durumun sebepleri olarak sayılabilir. Kadınlarda seksüel disfonksiyon; cinsel istek kaybı, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, anorgazmi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu da doğrudan ve dolaylı olarak hamile kalmayı güçleştirmektedir (40). Cinsel istekle ilgili yapılan çalışmalarda normal çiftler arasında kadınlar %35 oranında cinsel isteksizlikten yakınmaktadırlar. Cinsel uyarılma problemleri ise toplumda kadınlarda %11-48 oranında görülmektedir. Orgazm olamama kadınların %30'unda bildirilmiştir. Seksüel ağrı bozukluğu da kadınlarda ortalama %8 bulunmaktadır (41).

2.2. Cinsel Mitler

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde mit kelimesinin anlamı "Geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren, tanrı, tanrıça, evrenin doğuşu ile ilgili hayali, alegorik bir anlatımı olan halk hikayesi" şeklinde yer almaktadır. Mit veya sözlük karşılığı olarak efsane, ağızdan ağza, kulaktan kulağa dolaşarak yayılan, çoğu zaman kaynağı gerçek olmayan toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren olağanüstü özellikler içeren bir kavramı aklımıza getirir. Cinsel mitler denildiğinde de kastedilen, kişilerin cinsel konularda doğru olduğunu düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış ve bilimsel değeri bulunmayan inanışlardır (11, 42).

Toplumda yerleşik mitler, cinsel rollerimizin ortaya çıkışını etkilerler. Kız ve erkek çocukların, cinsel rollerine göre yetiştirilmeleri; yaşayış, kavrayış biçimlerini, yönelimlerini, beklentilerini etkilemekte ve yaşamlarının her boyutunda ayrılıkları artırıcı olmaktadır. Çift standartlı değer yargıları ve beklentiler içinde yetiştirilmiş kadın ve erkeklerin çarpık değer yargılarını yani mitleri taşımaları ve bunlardan etkilenmeleri beklenen bir durumdur (13).

Toplumlar yeni kuşakları yetiştirirken, zaman içinde oluşturduğu kalıp düşünceleri ve yargıları da yeni kuşaklara aktarırlar. Bireyler büyüme sürecinde içinde bulundukları kültüre göre kadının ve erkeğin ne yapması ve yapmaması gerektiğini öğrenmiş olurlar. Ancak bu süreçte öğrendikleri ve benimsedikleri birçok şey yanlıştır. Yanlı ve yanlış cinsel inanışlar özellikle cinsellikle ilgili esprilerde, fıkralarda günlük basında ve pornografik yayınlarda sergilenir. Bu inanışların çoğunlukla kadını küçümseyen, değersizleştiren bir yanı vardır. Cinsel yaşam ve cinsel haz adeta erkekler içindir ve kadınlar cinsel yaşamın tüketim mallarından ibarettir. Ancak cinsel inanışların ve mitlerin sadece kadınlara zarar verdiğini söylemek doğru değildir. Erkeği her zaman, her yerde, herkesle seks yapmakla görevlendirilen, duygularını ortaya koymayan bir seks makinesi olarak gören bu inanışlar sonuçta erkeklerin de cinsel yaşamlarını, sevgi, aşk, şefkat, sıcaklık, yakınlık hissetmek gibi insani yanlardan uzaklaştırır. Kadını aşağılarken, erkeği ve kadını birbirinden ayırır ve yabancılaştırır (11, 42-44).

Cinsel mitler, kalıp yargılar, cinselliğin yaşanmasını sınırlayan inanışlardır.

Erkek cinsel şemaları, cinsel iletişimleri erkeğin kontrol etmesi ve yönetmesini, her zaman ilişkiye hazır olmayı, penisin sert olmasını, cinsellik sırasında duygusal ihtiyaçların olmamasını ve her zaman cinsel ilişkiye ihtiyaç duymayı gerektirir. Bu şemanın kontrol ve performans yönelimine dikkat edildiğinde, cinselliği büyük bir baskı altında tamamlanan fiziksel bir eylemle sınırlı tutar. Kadınlar için çok önemli olan kişiler arası ilişki kısmına erkekler az yer vermiştir. Yeterli bir cinsel işlev, erkekliğin ispatıdır, dolayısıyla cinsel sorun erkek cinsiyet kimliğini zedeler. Bunun içindir ki, cinsel sorun tedavisi erkeklerde cinsiyet kimliğinin tedavisi işlevine dönüşür (12).

Kadın cinsel şemaları iyi kız olma, cinsellikte pasif olma ve eşinin onu uyarmasını ve orgazma götürmesini beklemeyi gerektirir. Elbette burada söz edilen “iyi” yanlış tanımlanmış, yaşamın diğer alanlarındaki temel davranış tarzını kapsamayan, cinsellik alanında sınırlayıcı ve işlevselliği bozan çarpık bir “iyi” kavramıdır. Bu kadınlar sevişmeyi başlatmayı, sevişmeye ilişkin fanteziler kurmayı ahlaksız bulurlar, “hafif kız” olmamak için bunları reddeder ve cinsellikten zevk alamazlar. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin (CETAD) bu konuda hazırladığı dosyada da çocukluğunda ve gençliğinde kendisini "iyi kız" olarak tanımlayan her 10 kadından 9'unun yetişkinlikte orgazm olamadığı, geleneksel kadın cinsel rolünü benimsemiş kişilerin yaşadığı “iyi kız” sendromunun, orgazm yaşamalarının önündeki en büyük engeli oluşturduğu vurgulanmıştır (43, 45).

Toplumda en çok inanılan cinsel mitler şunlardır:

Erkekler cinsel ilişkiye her zaman hazır ve istekli olmalıdır.

En yaygın olan cinsel mitlerdendir. Sertleşme bozukluklarına zemin hazırlar. Bu cinsel mitin etkisiyle herhangi bir nedenle cinsel olarak yeterince uyarılamayan erkeklerde ciddi oranda başarısızlık ve yetersizlik duygusu ortaya çıkar. Benlik saygısını olumsuz etkileyen ve travmatik olarak algılanan bu durum, aşırı kaygı ve başarısızlık korkusuna neden olarak akut başlangıçlı, psikojenik sertleşme bozuklukları oluşturur. Bireyin kültürel düzeyine uygun biçimde bu mitin yıkılması; yeterli uyarılma için "uygun ortam, uygun zaman ve kişi" gereğinin vurgulanması gerekir (46).

Masturbasyon kirli ve zararlıdır, cinsel ilişki içinde masturbasyon yanlıştır.

En eski ve yaygın mitlerdendir. Masturbasyon yapmanın bedensel veya ruhsal hastalık veya yıkımlara yol açtığı, sapıklık olduğu, alışkanlık yaptığı şeklindeki önyargılar sıklıkla masturbasyonu takiben gelişen suçluluk ve pişmanlık duygularına yol açar. Pek çok erkek cinsel işlev bozukluklarının masturbasyonlar sonucunda oluştuğunu düşünür. Masturbasyonun zararlı olmadığı, cinsel sorunlara yol açmadığı, cinselliğin haz verici olarak yaşantılanmasını sağlamak için cinsel tedavilerde de kullanıldığı, alışkanlık yapmadığı, bedensel ve ruhsal yıkıma yol açmadığı anlatılmalı; çok yaygın bir cinsel eylem olduğu vurgulanarak eşlik eden utanç ve suçluluk duygularının yersiz olduğu belirtilmelidir. Masturbasyonun erişkinlikte ve ileri yaşlarda da sürmesi olağandır. Kişilere, evli kişilerin de masturbasyon yapmalarının doğal olduğu, cinsel ilişki sırasında da karşılıklı masturbasyonun uyarıcı bir eylem olduğu, cinsel birleşme ile orgazm olamama sorunu olanlarda masturbasyonun yararlı olacağı anlatılmalıdır (47).

Cinsel ilişki cinsel birleşme demektir, iyi sekste amaç cinsel birleşmedir.

Cinselliğin amacını cinsel birleşme ile sınırlayan bu mit cinselliğin yalnızca doğurganlığa yönelik olması gerektiğine ilişkin bazı tutucu dinsel görüşlerle paralellik gösterir. Ön sevişme olmaksızın cinsel birleşme ile sınırlı kalan cinsel eylemler kadınlarda uyarılma yetersizlikleri ve orgazm olamama sorunlarına zemin hazırlar. Ön sevişme her iki cinsiyet için de uyarılma düzeyi yüksek bir eylemdir ve hem psikolojik hem de bedensel doyum için yeterli olabilmektedir. Ayrıca, cinsel birleşmenin dolayısıyla sertleşmenin amaç edinildiği durumlara eşlik edebilen aşırı kaygı düzeyi erkeklerde uyarılmayı engelleyebilir. Cinsel terapilerde başlangıçta cinsel birleşmenin yasaklanarak ön sevişme egzersizlerine ağırlık verilmesi, cinsel sorunun düzeltilmesinin yanı sıra ön sevişme alışkanlığının kazandırılmasına da yöneliktir (47).

Fiziksel bütün yakınlaşmalar cinsel ilişkiye gitmelidir.

Tüm fiziksel yakınlaşmalar cinsel birleşmeyle bitmek zorunda değildir. Çiftler sadece birbirlerine dokunmaktan ya da birbirlerini okşamaktan da zevk

alabilirler (48).

Cinsellikte kesin, evrensel doğrular vardır.

Sekste kesin ve evrensel doğrular yoktur. Neyin normal neyin anormal olduğu çiftlere göre değişiklik gösterebilir. Çiftlerin karşılıklı olarak onay verdikleri sürece yaşadıkları cinsel aktiviteler normal olarak kabul edilebilir (49).

Erkekler duygularını belli etmemelidirler.

Çoğu toplumlarda erkeklerin saldırganlık, öfke gibi duyguları belli etmesi kabul edilebilir bir durumken üzüntü, sevgi, fiziksel yakınlık, yumuşaklık gibi duyguları ifade etmesi kabul edilebilir bir durum değildir. Oysa ki duyguların ifadesi erkek için de bir ihtiyaçtır ve ilişkilerdeki paylaşımın artması ilişkinin kalitesini de artırır (49).

Eğer iki insan birbirini seviyorsa cinsel ilişkiden de zevk almasını bilir.

İnsanlar birbirlerini ne kadar severse sevsin cinsellik için bir uyum ve birbirini tanıma süreci gereklidir. Kişiler zamanla kendisinin ve partnerinin nelerden zevk aldığını keşfeder (50).

Cinsellik iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.

Kadın ve erkeklerin fizyolojik olarak birbirlerinden farklı olmaları sebebiyle birlikte orgazm olmaları çok zor bir durumdur. Böyle yüksek bir beklentiye giren çiftler de performans anksiyetesine kapılırlar. Bu durumda evlilik ve cinsel ilişki sorunlarına neden olabilir (49).

Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.

Çiftler birbirlerinin ne istediğini iç güdüsel olarak bilemezler. Karşısındakinin ne istediği bilmek bir iletişim ve geribildirim sürecidir (49).

Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir. Sertleşmiş, büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır ve kadının daha çok uyarılmasını sağlar.

Sertleşmiş, büyük bir penis ilkel çağlardan bu yana erkeklik gücünün simgesi olagelmiştir. Pornografik yayınlarla da pekiştirilen bu mit, kadınların tatmin olabilmemesinin ancak büyük bir penis ile mümkün olabileceği önyargısına neden olmaktadır. Pek çok erkek kendi cinsel organının boyutlarını etraftan duyduğu abartılı tanımlamalarla karşılaştırarak yetersizlik hissi ve endişe duyabilir. Penis sertleşmemiş haldeyken de cinsel haz alınabileceği, elle uyarmanın bazen cinsel birleşmeden daha zevkli olabileceği, cinsel bilgi ve becerinin kişi ve partnerinin haz alması ve doyuma ulaşmasında penis boyundan çok daha önemli olduğu mutlaka vurgulanmalıdır (47).

Cinsel eylemi erkek başlatmalı ve yönetmelidir. Kadının seks başlatması ahlaksızlıktır.

Cinsel aktiviteyi başlatma ve yönlendirme yükümlülüğünün erkeğe ait olduğunu ifade eden bu mit kadınların geleneksel edilgen rolünü de pekiştirmektedir. Bu mite göre cinsel ilişki isteğinin dile getirilmesi, ilişkide arzu edilen etkinliklerin talebi bir kadın için ahlaksızlık veya hafiflik olarak nitelendirilmektedir. Bu düşüncelerin etkisiyle pek çok kadın cinsellikle ilgili yeterli ve sağlıklı iletişimi kuramaz, inisiyatif kullanamaz. Oysa, kadının inisiyatif kullanması ve cinsellikle ilgili iletişiminin iyi olması, partnerinin ve kendisinin cinsel haz alma potansiyelini artırır. Cinsel eğitim, rehberlik ve terapiler aracılığıyla bu mit ile başa çıkılmalı ve kadının daha aktif bir rol üstlenmesi teşvik edilmelidir (47).

Oral cinsel aktivite pis bir eylemdir ve olgunlaşmamışlığın göstergesidir.

Oral cinsel aktivite hijyen kurallarına uyulduğunda ve her iki partner tarafından kabul edildiğinde uygulanmasında sakınca bulunmayan ve uyarma düzeyi çok yüksek olabilen bir etkinliktir. Özellikle uyarılma zorluğu çeken bireyler oral cinsel ilişkiden yararlanabilir (47).

Cinsel fanteziler ahlak dışı, sapık ve sadakatsiz davranışlardır.

Cinsel fantezilerin zararlı, hatta bir çeşit sapıklık olduğu inancı oldukça yaygındır. Bu mitin etkisiyle bazı kişiler cinsel fantezileri nedeniyle suçluluk ve endişe duyabilir. Oysa, fanteziler nitelikli cinsel yaşamın renkli öğeleri arasında yer

alır. Cinsel uyarılma yalnızca görme, dokunma, ses ve koku gibi duyular aracılığıyla olmaz. Fanteziler çoğu kere çevresel uyaranlardan daha etkilidir ve uyarılma zorluğu çeken bireylerde teşvik edilmelidir (47).

Cinsellik içgüdüsel, öğrenilmez.

Biyolojik temeli olmakla birlikte cinsel tutum ve davranışların önemli kısmı öğrenme ile gelişir. Yetersiz ve yanlış bilgilendirme cinsel becerilerin gelişimini engeller ve cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlar. Cinsel ilişkinin sağladığı bedensel ve ruhsal doyumun üst düzeyde yaşanması ve partnerle paylaşılması ancak yeterli bilgi ve beceri düzeyi ile mümkün olabilir. Cinsel terapilerin temelini de danışanları bilgilendirme, olumlu tutum ve becerileri kazandırma eğitimi oluşturur (47).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Denek Grubunun Seçimi

Bu çalışmaya Ocak 2015 ile Mayıs 2015 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü infertilite polikliniğine başvuran, hormon profili, HSG ve rutin tetkikleri yapıldıktan sonra tanısı kesinleşerek tedavi sürecine başlanan 100 primer infertil kadın hasta ve kan bankasına kan bağıışı için başvuran 78 sağlıklı kontrol alınmıştır.

İnfertil hasta grubu için çalışmaya kabul edilme ölçütleri:

- 1) Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olma
- 2) Uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik değerlendirme sonucunda primer infertilite tanısı almış olma
- 3) İnfertilite etyolojisinin kadın kaynaklı olması
- 4) Cinsel olarak aktif yaşta olma
- 5) Gebe kalmak için tedavi arayışında olma
- 6) Evli olma
- 7) Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsü olmaması ya da bu nedenden tedavi görüyor olmaması.
- 8) Akıl zayıflığına neden olacak psikiyatrik durumu veya öyküsü olmaması,
- 9) Alkol veya başka bir madde kötüye kullanım ölçütlerini karşılıyor olmama.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- 1) Okuma yazma bilmeme
- 2) Türkçe konuşamıyor olma
- 3) Tanı aşamasında olma veya 6 aydan az tedavi öyküsü olma
- 4) Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsü olma veya halen bu hastalıktan dolayı tedavi görüyor olma
- 5) Sekonder infertil olma
- 6) İnfertilite etyolojisinin erkek, hem kadın hem erkek kaynaklı olması ya da açıklanamayan infertilite
- 7) Halen ve daha önceden ciddi bir akıl zayıflığı ya da hastalığı nedeniyle psikiyatrik tanı almış olma, ve bu nedenle tedavi altında olma.

8) Alkol ve ya başka bir madde kötüye kullanım ölçütlerini karşılıyor olma.

3.2. Kontrol Grubunun Seçimi

Kontrol grubu olarak, evli, doğurgan çağda, gebe kalmak için herhangi bir çabası olmayan, doğal yollardan çocuk sahibi olmuş, herhangi bir jinekolojik hastalık için tedavi almayan, gebe olmayan, okur yazar, gönüllü 78 sağlıklı kadın çalışmaya alındı.

3.3. Gereçler

Katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldıktan sonra, kişilerin sosyodemografik bilgileri tarafımızca hazırlanan bir sosyodemografik veri formuna kaydedildi. Hasta ve kontrol grubuna Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)-Kadın Formu ve Cinsel Mitleri Değerlendirme Formu uygulandı. Araştırma için Dicle Üniversitesi'nden gerekli idari izinler ve yerel etik kurul onayı alınmıştır.

Sosyodemografik veri formu

Tarafımızca hazırlanan formda hastaların ve sağlıklı kontrollerin yaş, doğum yeri, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, meslek, aile biçimi, evlilik biçimi, evlilik süresi, psikiyatrik öz ve soy geçmişi, sigara, alkol, madde kullanımı sorgulandı. İnfertil hasta grubunda ek olarak infertilite süresi, obstetrik ve jinekolojik geçmişi, aile ve eşinin infertiliteye tepkisi sorgulandı.

Beck Depresyon Ölçeği

21 maddelik likert tipi kendi değerlendirmeli bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında derecelendirilir. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişir. Depresyon tanısında değil, ölçeklendirilmesinde kullanılır. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş (51), 1978'de gözden geçirilmiştir. Depresyon çalışmalarında en çok kullanılan ölçek olma özelliğine sahiptir. Yirmibir maddenin 11'i bilişsel fonksiyonları, 2'si duygu durumu, 2'si davranışı, 1'i kişiler arası sorunları, 5'i somatik semptomları ölçmektedir. Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalar arası farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli

olabileceği belirtilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (52).

Beck Anksiyete Ölçeği

BAÖ psikiyatrik popülasyonda anksiyete şiddetini ölçmek için 1988’de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen 21 maddelik likert tipi kendi-değerlendirmeli bir ölçektir (53). Anksiyöz mizacı, otonomik hiperaktivite ve motor gerginliği, bazı bilişleri belirleyen maddeleri içerir. Hastadan belirtileri son bir hafta için değerlendirmesi istenir. Her bir semptom hiç yok, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde şeklinde değerlendirilir. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (54).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

ACYÖ, 2000 yılında McGahuey ve arkadaşlarının psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikler ve bozuklukları en uygun şekilde ve kişiyi en az rahatsız edecek şekilde değerlendirmek amacıyla tasarladıkları bir ölçektir (55). Beş sorudan oluşan Likert tipi öz değerlendirme ölçeği olup, kadın ve erkek formları mevcuttur.

Cinsel işlevleri cinsel yönelim ve eşle olan ilişkiyi hariç tutarak değerlendirmeyi amaçlar. Çalışmada kullanılan kadın formunda sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (vajinal lubrikasyon), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen sorular mevcuttur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (56).

Cinsel Mit Değerlendirme Formu

Cinsel Mit Değerlendirme Formu, Zilbergeld tarafından geliştirilen ve ülkemizde yaygın görülen cinsel mitlerin araştırılmasında daha önce de kullanılmış olan 30 cinsel mitem oluşmaktadır. Cinsel mit değerlendirme formunda her bir önerme için araştırmaya katılanlardan, “katılıyorum” veya “katılmıyorum” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir (57).

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizinde SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Sayısal parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı. Sayısal verilerde ikiden daha fazla grubun karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Post Hoc Tukey HSD testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri alınmıştır.

4. BULGULAR

Hasta ve kontrol grubunun yaş, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, meslek, gelir düzeyi, aile biçimi, evlilik biçimi, evlilik süresi, özgeçmişte psikiyatrik hastalık bulunma oranı, soy geçmişte psikiyatrik hastalık bulunma oranı, sigara kullanımı karşılaştırıldı. Kentsel bölgede yaşama oranı, evlilik süresi ve soy geçmişte psikiyatrik hastalık bulunma oranı kontrol grubunda hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Hasta grubunda ise geniş aile yapısı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Diğer parametrelerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri

	Hasta (n=100)	Kontrol (n=78)	
	Ort.±SS	Ort.±SS	t/p
Yaş	29.86±5.47	31.18±5.31	-0,181/0,857
Eğitim	5.53±5.32	5.38±5.34	1,617/0,108
	N %	N %	χ^2 /p
Yaşadığı yer			
Kırsal	39 (39)	10 (12.8)	15,054/<0,001*
Kentsel	61 (61)	68(87.2)	
Meslek			
Çalışıyor	17 (17)	21 (26.9)	2,570/0,109
Çalışmıyor	83 (83)	57 (73.1)	
Aile biçimi			
Çekirdek	64 (64)	62 (79,5)	5,083/0,024*
Geniş	36 (36)	16 (20,5)	
Evlilik biçimi			
Görücü usulü-istemedi	23 (23)	20 (25,6)	0,304/0,859
Görücü usulü-isteyerek	37 (37)	26 (33,3)	
Tanışarak	40 (40)	32 (41)	
Evlilik süresi			
1 yıl	4 (4)	7 (9)	54,062/<0,001*
2-5 yıl	66 (66)	13 (16,7)	
6-10 yıl	23 (23)	22 (28,2)	
11 yıl<	7 (7)	36 (46,2)	
Özgeçmişte psikiyatrik hastalık			
Var	9 (9)	7 (9)	0,000/0,995
Yok	91 (91)	71 (91)	
Soygeçmişte psikiyatrik hastalık			
Var	6 (6)	14 (17,9)	6,273/0,012*
Yok	94 (94)	64 (32,1)	
Sigara			
Var	23 (23)	23 (29,5)	0,962/0,327
Yok	77 (77)	55 (70,5)	

* p <0.05

Hasta ve kontrol grubunun BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları karşılaştırıldı. Hasta grubundaki kadınların BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları kontrol grubundaki kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Hasta ve kontrol grubunun BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

	Hasta	Kontrol	
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	t/p
BDÖ	13,35±9.39	6,73±6.67	-5,272/<0,001*
BAÖ	17,13±10.74	8,91±6.60	-5,937/<0,001*
ACYÖ	17,36±4.32	14,82±4.05	-3,935/<0,001*

* p <0.05

Hasta ve kontrol grubunun BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları ile yaşadıkları yer arasındaki ilişki değerlendirildi. Kontrol grubunda kentsel bölgede yaşayan kadınların ACYÖ skorları, kırsal bölgede yaşayan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hasta ve kontrol grubunun yaşadığı yere göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Hasta ve kontrol grubunun yaşadığı yere göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

Yaşadığı yer	İnfertil (n=100)			Kontrol (n=78)		
	Kırsal (n=39)	Kentsel (n=61)		Kırsal (n=10)	Kentsel (n=68)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/p	Ort ± SS	Ort ± SS	t/p
BDÖ	12,74±8,1	13,74±10,17	-0,515/0,608	6,0±2,85	6,84±0,77	-0,369/0,713
BAÖ	17,92±11,25	16,62±10,46	0,588/0,558	6,60±1,59	9,25±0,82	-1,188/0,238
ACYÖ	17,79±4,26	17,08±4,54	0,738/0,436	12,0±0,93	15,24±0,49	-2,428/0,018*

* p <0.05

Hasta ve kontrol grubunda eğitim süresine göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları değerlendirildi. Hasta grubunda eğitim süresi 10 yıl altı olan kadınların BAÖ skorları, eğitim süresi 10 yıl üstü olan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hasta ve kontrol grubunun eğitim süresine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Hasta ve kontrol grubunun eğitim süresine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

Eğitim Süresi	İnfertil (n=100)			Kontrol (n=78)		
	10 Yıl Altı (n=75)	10 Yıl üstü (n=25)		10 Yıl Altı (n=60)	10 Yıl üstü (n=18)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/p	Ort ± SS	Ort ± SS	t/p
BDÖ	13,37±8,9	13,28±10,9	0,043/0,966	6,18±6,1	8,56±8,23	-1,329/0,188
BAÖ	18,52±10,5	12,96±2,12	0,843/0,024*	9,17±6,43	8,06±7,27	0,624/0,535
ACYÖ	17,85±4,18	15,88±4,91	1,955/0,053	14,65±3,89	15,39±4,62	-0,675/0,502

* p <0.05

Hasta ve kontrol grubunda aile biçimine göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları değerlendirildi. Hasta grubunda geniş aile yapısına sahip kadınlarda, çekirdek aile yapısına sahip kadınlara kıyasla BAÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hasta ve kontrol grubunun aile biçimine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Hasta ve kontrol grubunun aile biçimine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

Aile Biçimi	İnfertil (n=100)			Kontrol (n=78)		
	Çekirdek (n=64)	Geniş (n=36)		Çekirdek (n=62)	Geniş (n=16)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/p	Ort ± SS	Ort ± SS	t/p
BDÖ	12,84±9,54	14,25±9,18	-0,717/0,475	6,61±6,04	7,19±8,94	-0,305/0,761
BAÖ	14,53±9,67	21,75±11,13	-3,392/0,001*	8,63±6,19	10±8,13	-0,738/0,463
ACYÖ	17,16±4,81	17,72±3,69	-0,611/0,543	14,42±3,76	16,38±4,87	-1,742/0,086

* p <0.05

Hasta ve kontrol grubunda evlilik biçimine göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubunda, evlilik biçimi ile BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Hasta ve kontrol grubunun evlilik biçimine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Hasta ve kontrol grubunun evlilik biçimine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

Evlilik Biçimi	İnfertil (n=100)				Kontrol (n=178)			
	Görücü usulü istemeden (n=23)	Görücü usulü isteyerek (n=37)	Tanışarak (n=40)		Görücü usulü istemeden (n=20)	Görücü usulü isteyerek (n=26)	Tanışarak (n=32)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	F/p	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	F/p
BDÖ	15±8,88	11,92±9,36	13,72±9,73	0,814	6,9±5,49	5,27±4,91	7,81±8,34	1,052
BAÖ	20,04±11,09	16,38±9,99	16,15±11,18	0,446	10,45±6,32	8,35±6,13	8,41±7,17	0,354
ACYÖ	18,22±4,5	17,92±3,45	16,35±5,07	1,105	15,4±4,74	14,42±3,36	14,78±4,2	0,727
				0,335				0,487
				1,791				0,324
				0,172				0,724

Hasta grubunun infertilite öyküsü değerlendirildi. İnfertil hastaların 43'ünün (%43) 1-2 yıl, 29'unun (%29) 3-5 yıl 23'ünün (%23) 6-10 yıl, 5'inin (%5) ise 11 yıl ve üstü süresince infertilite öyküsü bulunmaktaydı.

Hasta grubunun infertilite tedavi süresi değerlendirildi. İnfertil hastaların 45'i 1 yıldan kısa süredir, 21'i (%21) 1-2 yıldır, 18'i (%18) 3-5 yıldır, 13'ü (%13) 6-10 yıldır, 3'ü (%3) 11 yıl ve daha fazla süredir infertilite tedavisi görmekteydi.

Hasta grubunun eş ve eşinin ailesinin infertilite durumuna karşı tutumu değerlendirildi. İnfertil hastaların 22'sinin (%22) eşinin infertilite durumuna karşı tutumu olumsuzken, 46'sı (%46) olumluydu, 32'sinin (%32) ise tutumunda herhangi bir değişiklik yoktu. İnfertil hastaların 28'sinin (%28) eşinin ailesi infertilite durumuna karşı olumsuz tutum sergilerken, 45'inin (%45) tutumu olumluydu, 27'sinin (%27) ise tutumunda herhangi bir değişiklik yoktu.

Hasta grubunda infertilite süresine göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları değerlendirildi. İnfertilite süresi ile BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Hasta grubunun infertilite süresine göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorlarının dağılımı tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Hasta grubunun infertilite süresine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

İnfertilite Süresi	1-2 yıl (n=43)	3-5 yıl (n=29)	6-10 yıl (n=23)	>11 yıl (n=5)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	F/p
BDÖ	13,56±9,79	11,48±8,56	15,35±9,39	13,2±11,30	0,731/0,536
BAÖ	17,95±11,31	14,83±11,10	19,22±8,22	13,8±13,97	0,977/0,407
ACYÖ	17,21±4,68	17,66±4,28	17,35±4,45	17±4,24	1,385/0,977

Hasta grubunda tedavi süresine göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları değerlendirildi. Tedavi süresi ile BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Hasta grubunun tedavi süresine göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorlarının dağılımı tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Hasta grubunun tedavi süresine göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

Tedavi Süresi	1 yıldan az (n=45)	1-2 yıl (n=21)	3-5 yıl (n=18)	6-11 yıl (n=13)	11 yıl< (n=3)	
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	F/p
BDÖ	13,89±9,47	10,48±8,44	13,89±10,57	15±8,92	15±11,53	0,658/0,623
BAÖ	18,24±10,87	16,43±12,17	14,83±9,91	18,69±9,47	12,33±11,24	0,557/0,694
ACYÖ	17,89±4,26	16,24±5,01	16,78±4,41	18,08±4,50	17,67±3,05	0,653/0,626

Hasta grubunda eşin tutumuna göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları değerlendirildi. Eş tutumu ile BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı. Eşin tutumuna göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ ölçek skorlarının dağılımı tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Hasta grubunda eşin tutumuna göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

Eş Tutumu	Olumlu (n=46)	Değişiklik yok (n=32)	Olumsuz (n=22)	
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	F/p
BDÖ	9,54±6,82	13,59±9,79	20,95±9,07	13,870/<0,001*
BAÖ	14,48±9,88	18,16±11,35	21,18±10,52	3,253/0,043*
ACYÖ	16,02±3,762	17±4,05	20,68±4,73	9,884/<0,001*

* p <0.05

Hasta grubunda eşin tutumuna göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları arasındaki anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak amacıyla Post-Hoc Tukey HSD testi uygulandı. BDÖ için eşinin tutumu olumlu olanlarla eşinin tutumunda değişiklik olmayanlar arasında (p=0,034) , eşinin tutumu olumlu olanlarla eşinin tutumu olumsuz olanlar arasında (p<0,001) ve eşinin tutumunda değişiklik olmayanlarla eşinin tutumu olumsuz olanlar arasında (p=0,018) olmak üzere tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. BAÖ için eşinin tutumu olumlu olanlarla eşinin tutumu olumsuz olanlar arasında anlamlı farklılık saptanırken

($p=0,013$) diğer gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ACYÖ için eşinin tutumu olumlu olanlarla eşinin tutumu olumsuz olanlar arasında ($p<0,001$) ve eşinin tutumunda değişiklik olmayanlarla eşinin tutumu olumsuz olanlar arasında ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken, eşinin tutumu olumlu olanlarla eşinin tutumunda değişiklik olmayanlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Hasta grubunda eşinin ailesinin tutumuna göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları değerlendirildi. Eşin ailesinin tutumu ile BDÖ ve ACYÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı. Eşin ailesinin tutumuna göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorlarını tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Hasta grubunda eşin ailesinin tutumuna göre BDÖ, BAÖ ve ACYÖ skorları

Eşin Ailesinin Tutumu	Olumlu (n=45)	Değişiklik yok (n=27)	Olumsuz (n=28)	
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	F/p
BDÖ	11,16 $\pm$ 8,05	11,81 $\pm$ 9,03	18,36 $\pm$ 10,13	6,152/0,003*
BAÖ	17,16 $\pm$ 11,03	15,93 $\pm$ 10,78	18,25 $\pm$ 10,51	0,317/0,729
ACYÖ	16,67 $\pm$ 3,69	16,59 $\pm$ 4,33	19,21 $\pm$ 5,18	3,583/0,032*

* $p < 0.05$

Hasta grubunda eşin ailesinin tutumuna göre BDÖ, BAÖ, ACYÖ skorları arasındaki anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak amacıyla Post-Hoc Tukey HSD testi uygulandı. BDÖ ve ACYÖ için eşin ailesinin tutumu olumlu olanlarla eşin ailesinin tutumu olumsuz olanlar arasında ($p=0,017$), eşin ailesinin tutumunda değişiklik olmayanlarla eşin ailesinin tutumu olumsuz olanlar arasında ($p=0,015$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Eşin ailesinin tutumu olumlu olanlarla eşin ailesinin tutumunda değişiklik olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Eşin ailesinin tutumu ile BAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. ACYÖ için eşin ailesinin tutumu olumlu olanlarla eşin ailesinin tutumu olumsuz olanlar arasında ($p=0,001$) ve eşin ailesinin tutumunda değişiklik olmayanlarla eşin ailesinin tutumu olumsuz olanlar arasında ($p=0,047$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken,

eşinin tutumu olumlu olanlarla eşinin tutumunda değişiklik olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Hasta ve sağlıklı grupta cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. Cinsel mitlere inanma düzeyi 16 ve 19. mitler dışında infertil kadınlarda istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha yüksek olduğu görüldü. İnfertil kadınlarda 2., 4., 5., 6., 8., 14., 21., 22. ve 28. mitlere inanma düzeyi ise kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. İki grup tarafından da en çok onaylanan 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) mit olmuştur. En çok onaylanan ikinci mit 19. (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mittir. Hasta ve kontrol grubunda cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Hasta ve kontrol grubunda cinsel mitlere inanma düzeyi

Cinsel Mitler	Hasta	Kontrol	$\frac{2}{X/p}$
	N (%)	N (%)	
1) Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.	56 (56)	37 (47,4)	1,288/0,256
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	44 (44)	16 (20,5)	10,818/<0,001*
3) Kadının seksini başlatması ahlaksızlıktır.	16 (16)	9 (11,5)	0,723/0,395
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	59 (59)	18 (23,1)	23,038/<0,001*
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	52 (52)	18 (23,1)	15,363/<0,001*
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.	51 (51)	20 (25,6)	11,753/0,001*
7) Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır; sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar.	26 (26)	18 (23,1)	0,201/0,654
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	33 (33)	5 (6,4)	18,451/<0,001*
9) Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi).	30 (30)	14 (17,9)	3,420/0,064
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	27 (27)	12 (15,4)	3,455/0,063
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	35 (35)	25 (32,1)	0,171/0,680
12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.	36 (36)	24 (30,8)	0,537/0,464
13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.	65 (65)	49 (62,8)	0,090/0,764
14) Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.	63 (63)	33 (42,3)	7,552/0,006*
15) Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.	37 (37)	22 (28,2)	1,530/0,216
16) Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.	61 (61)	58 (74,4)	3,529/0,060
17) Kadınlar eller kullanılmadan penis hareketleri ile orgazm olmalıdırlar.	11 (11)	5 (6,4)	1,128/0,288
18) Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.	93 (93)	71 (91)	0,236/0,627
19) Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler.	80 (80)	67 (85,9)	1,060/0,303
20) Seks doğaldır, öğrenilemez.	41 (41)	21 (26,9)	3,825/0,050
21) Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.	64 (64)	29 (37,2)	12,634/<0,001*
22) Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.	87 (87)	55 (70,5)	7,383/0,007*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.	32 (32)	22 (28,2)	0,299/0,585
24) Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler.	24 (24)	14 (17,9)	0,956/0,328
25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.	10 (10)	7 (9)	0,053/0,817
26) Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır.	33 (33)	17 (21,8)	2,724/0,099
27) Oral seks pistir.	85 (85)	59 (75,6)	2,484/0,115
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	82 (82)	52 (6,7)	5,536/0,019*
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	13 (13)	7 (9)	0,712/0,399
30) Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.	3 (3)	2 (2,6)	0,030/0,861

* p <0.05

Hasta grubunda yaşa göre cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. Hastalar 30 yaş altı ve 30 yaş üstü olarak 2 gruba ayrıldı. 2 grup arasında cinsel mitlere inanma düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Hasta grubunda yaşadığı yere göre cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. Hasta grubunda 1., 5., 6., 9., 10., 11., 12. ve 14. mitlere inanma düzeyi bakımından kırsal ve kentsel bölgede yaşayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Söz konusu mitlere inanma düzeyleri kırsal kesimde yaşayan kadınlarda, kentsel bölgede yaşayan kadınlara göre daha yüksekti. Hasta grubunda yaşadığı yere göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Hasta grubunda yaşadığı yere göre cinsel mitlere inanma düzeyi

Yaşadığı Yer	Kırsal (n=39)	Kentsel (n=61)	χ^2/p
	N (%)	N (%)	
1) Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.	30 (76,9)	26 (42,6)	11,359/<0,001*
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	27 (69,2)	25 (41)	7,605/0,006*
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.	26 (66,7)	25 (41)	6,279/0,012*
9) Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi).	17 (43,6)	13 (21,3)	5,623/0,018*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	15 (38,5)	12 (19,7)	4,261/0,039*
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	20 (51,3)	15 (24,6)	7,450/0,006*
12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.	21 (53,8)	15 (24,6)	8,838/0,003*
14) Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.	31 (79,5)	32 (52,5)	7,456/0,006*

* $p < 0.05$

Hasta grubunda eğitim süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. Hasta grubunda, 1., 2., 3., 4., 5., 6., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 15., 21., 22., 26., 27., 28. ve 29. mitlere inanma düzeyi bakımından eğitim süresi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Söz konusu mitlere inanma düzeyleri eğitim süresi 10 yıl altı olan kadınlarda daha yüksekti. Hasta grubunda eğitim süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13: Hasta grubunda eğitim süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

Eğitim Süresi	ES<10 (n=75)	ES>10 (n=25)	χ^2/p
	N (%)	N (%)	
1) Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.	48 (64)	8 (32)	7,792/0,005*
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	39 (52)	5 (20)	7,792/0,005*
3) Kadının seks başlatması ahlaksızlıktır.	15 (20)	1 (4)	3,571/0,059*
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	55 (73,3)	4 (16)	24,479/<0,001*
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	45 (60)	7 (28)	7,692/0,006*
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.	47 (62,7)	4 (16)	16,340/<0,001*
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	32 (42,7)	1 (4)	12,679/<0,001*
9) Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi).	29 (38,7)	1 (4)	10,730/<0,001*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	26 (37,4)	1 (4)	8,946/0,003*
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	34 (45,3)	1 (4)	14,081/<0,001*
12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.	33 (44)	3 (12)	8,333/0,004*
13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.	54 (72)	11 (44)	6,462/0,011*
14) Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.	56 (74,7)	7 (28)	17,518/<0,001*
15) Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.	34 (45,3)	3 (12)	2,938/0,003*
21) Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.	55 (73,3)	9 (36)	11,343/0,001*
22) Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.	70 (93,3)	17 (68)	10,640/0,001*
26) Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır.	29 (38,7)	4 (16)	4,357/0,037*
27) Oral seks pistir.	69 (92)	16 (64)	11,529/0,001*
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	67 (89,3)	15 (60)	10,930/0,001*
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	13 (17,3)	0 (0)	4,981/0,026*

* p <0.05

Hasta grubunda aile biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. Hasta grubunda 4., 10., 11. ve 12. mitlere inanma düzeyi bakımından aile biçimi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Söz konusu mitlere inanma düzeyleri geniş aile yapısına sahip kadınlarda daha yüksekti. Hasta grubunda aile biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14: Hasta grubunda aile biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

Aile Biçimi	Çekirdek (n=64)	Geniş (n=36)	χ^2/p
	N(%)	N(%)	
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	33 (51,6)	26 (72,2)	4,065/0,044*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	13 (20,3)	14 (38,9)	4,034/0,045*
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	15 (23,4)	20 (55,6)	10,447/0,001*
12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.	17 (26,6)	19 (52,8)	6,872/0,009*

* $p < 0.05$

Hasta grubunda evlilik biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. Hasta grubunda 1., 2., 4., 6., 8., 13., 14., 15., 21., 22., 27., 28. ve 29. mitlere inanma düzeyi bakımından evlilik biçimi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Söz konusu mitlere inanma düzeyleri görücü usulü ile evlenen kadınlarda daha yüksekti. Hasta grubunda evlilik biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15: Hasta grubunda evlilik biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

Evlilik Biçimi	Görücü usulü (n=60)	Tanışarak (n=40)	χ^2/p
	N(%)	N(%)	
1) Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.	39(65)	17(42,5)	4,931/0,026*
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	32(53,3)	12(30)	5,303/0,021*
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	42(70)	17(42,5)	7,503/0,006*
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.	36(60)	15(37,5)	4,862/0,027*
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	26(43,3)	7(17,5)	7,244/0,007*
13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.	47(78,3)	18(45)	11,722/0,001*
14) Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.	46(76,7)	17(42,5)	12,019/0,001*
15) Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.	28(46,7)	9(22,5)	6,013/0,014*
21) Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.	44(73,3)	20(50)	5,671/0,017*
22) Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.	56(93,3)	31(77,5)	5,320/0,021*
27) Oral seks pistir.	55(91,7)	30(75)	5,229/0,022*
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	53(88,3)	29(72,5)	4,076/0,043*
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	12(20)	1(2,5)	6,499/0,011*

* p <0.05

Hasta grubunda evlilik süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. Evlilik süresi 6 yıl altı ve üstü olarak 2 gruba ayrıldı. 2 grup arasında cinsel mitlere inanma düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Hasta grubunda infertilite ve tedavi süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. İnfertilite ve tedavi süresi 6 yıl altı ve üstü olarak 2 gruba ayrıldı. İnfertilite ve tedavi süresi için 29. mite istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Söz konusu mitlere inanma düzeyi infertilite ve tedavi süresi 6 yıl üstü olan kadınlarda daha yüksekti. Hasta grubunda infertilite ve tedavi süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16: Hasta grubunda infertilite ve tedavi süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

İnfertilite Süresi	6 yıl altı (72)	6 yıl üstü (28)	
	N(%)	N(%)	χ^2/p
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	5(6,9)	8(28,6)	8,337/0,004*
Tedavi Süresi	6 yıl altı (85)	6 yıl üstü (15)	
	N(%)	N(%)	χ^2/p
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	7(8,3)	6(37,5)	10,109/0,001*

Hasta grubunda cinsel mitlere inanma durumuna göre ACYÖ skorları değerlendirildi. Hasta grubunda 2., 3., 4., 5., 6., 8., 9., 15., 23., 27. ve 28. mitlere katılan ve katılmayan kadınlar arasında ACYÖ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Söz konusu mitlere katılan kadınlarda ACYÖ skorları anlamlı olarak daha yüksekti. Hasta grubunda cinsel mitlere inanma durumuna göre

ACYÖ skorlarının dağılımı tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Hasta grubunda cinsel mitlere inanma durumuna göre ACYÖ skorlarının karşılaştırılması

	Katılmıyorum		Katılıyorum
	Ort ± SS	Ort ± SS	F/p
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	16,39±4,07	18,59±4,62	6,389/0,013*
3) Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır.	16,95±4,35	19,5±4,37	4,601/0,034*
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	16,02±4,47	18,29±4,2	6,671/0,011*
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	15,98±3,88	18,63±4,56	9,750/0,002*
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.	16,04±4,13	18,63±4,38	9,217/0,003*
8) Tüm fiziksel temaslara cinsel birleşmeye gitmelidir.	16,4±4,27	19,3±4,16	10,359/0,002*
9) Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi).	16,66±4,27	19±4,41	6,174/0,008*
13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.	15,77±4,54	18,22±4,16	7,361/0,008*
15) Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.	16,68±4,42	18,51±4,27	4,102/0,046*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.	16,72±4,45	18,72±4,38	4,582/0,035*
27) Oral seks pistir.	14,33±4,62	17,89±4,2	8,883/0,004*
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	14,33±4,28	18,02±4,2	11,300/0,008*

*P <0.05

Hasta grubunda BDÖ skorları 3., 5., 6., 16., 23., 24., 25., 27. ve 28. mitlere katılan kadınlarda, katılmayan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 18).

Tablo 18: Hasta grubunda cinsel mitlere inanma durumu ile BDÖ skorlarının karşılaştırılması

	Katılmıyorum		Katılıyorum
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	F/p
3) Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır.	12,27±9,12	19±9,05	0,002/0,008*
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	10,94±9,15	15,58±9,14	0,047/0,013*
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.	11,16±8,95	15,45±9,41	0,380/0,22*
16) Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.	10,85±8,47	14,95±9,66	1,587/0,032*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlışır.	11,76±9,28	16,72±8,84	0,529/0,013*
24) Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler.	12,29±9,40	16,71±8,72	0,040/0,044*
25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.	12,63±9,21	19,80±8,88	0,273/0,021*
27) Oral seks pistir.	8,20±7,08	14,37±9,38	4,606/0,020*
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	8,72±8,14	14,37±9,38	2,021/0,020*

*p<0.05

Hasta grubunda BAÖ skorları 3., 23., 27. ve 28. mitlere katılan kadınlarda, katılmayan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 19).

Tablo 19: Hasta grubunda cinsel mitlere inanma durumu ile BAÖ skorlarının karşılaştırılması

	Katılmıyorum		Katılıyorum
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	F/p
3) Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır.	15,77±10,53	24,25±9,18	1,720/0,003*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlışır.	15,26±10,53	21,09±10,26	0,633/0,013*
27) Oral seks pistir.	11,60±9,01	18,11±10,78	0,873/0,030*
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	11,50±9,19	18,37±10,71	0,539/0,013*

*p<0.05

5. TARTIŞMA

Cinsel mitlere inanma oranı 30 cinsel mitin 28'inde infertil kadınlarda fertil kadınlara kıyasla daha yüksek bulundu. Ancak bu yükseklik 2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır), 4. (Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır), 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir), 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir), 14. (Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır), 21. (Mastürbasyon kirli ve zararlıdır), 22. (Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır) ve 28. (Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir) mitlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Ayrıca infertil grup incelendiğinde en çok onaylanan mitler 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir), 19.(Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler), 22. (Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır), 27. (Oral seks pistir) ve 28. (Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir) mitler olmuştur. Kontrol grubunda en çok onaylanan mitler ise 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mitler olmuştur.

Motovallı ve arkadaşları yaptıkları çalışmada cinsel işlev bozukluğu yakınmasıyla başvuran, normal popülasyondan seçilen ve nörotik şikayetlerle gelen cinsel sorunla başvurmayan evli kadınları cinsel mitlere inanç açısından karşılaştırmışlardır. Bizim elde ettiğimiz sonuçlarla benzer şekilde 18. mit (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) her üç grupta yüksek puan almıştır (58). Yaşan ve Gürgeç, cinsel partneri olan 53 ve cinsel partneri olmayan 52 hemşireye uyguladıkları cinsel mitler anketi sonucunda bütün cinsel mitleri onaylama oranının ortalama %60 olduğunu tespit etmişlerdir. En çok onaylanan mit yine 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) mit olmuştur (59). Kora ve Kayır, sağlıklı ve tedavi başvurusu olmayan, tıp eğitimi görmekte olan, cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları dersini almış 5. ve 6. Sınıf öğrencilerinden seçilen 170 öğrenciye cinsel mitler anketi uygulamıştır. En çok onaylanan mitler 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler.) mitler

olmuştur. Cinsel mitleri onaylama açısından bakıldığında, toplam grubun %52,5'i yani yarıdan fazlası, mitlere katıldıklarını belirtmişlerdir. Ankette verilen mitler arasında bütün öğrenciler tarafından tümüyle yanlış olduğu kabul edilen hiçbir mit görülmemiştir (11). Yılmaz ve arkadaşları Konya il merkezinde yaşayan, 18-60 yaş arası, evli, rastgele seçilen 945 gönüllüde her iki cinsiyette en çok onaylanan cinsel mitleri 16. (Her erkek eşine nasıl zevk vereceğini bilmelidir.), 18. (Seks ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eğer çiftler birbirlerini seviyorlarsa seksten zevk almasını bilir) mitler olarak bulmuştur (60). Yine diğer çalışmalarla benzer olarak Özkardeş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada en yaygın inanılan mitin 19. (Eşler birbirini sevdiği takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mit olduğunu belirlemişlerdir (61).

Birçok çalışmada 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eğer çiftler birbirlerini seviyorlarsa seksten zevk almasını bilir) mitin ortak olarak en fazla inanılan mit olduğunu görmekteyiz. Bu veriler çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

“Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.” miti çiftleri, birlikte orgazm olmadıklarında eksiklik duygularına sevk etmektedir. Bu mit kadın ve erkek fizyolojisindeki bazı farklılıklardan dolayı oluşabilmektedir. Ayrıca kadın ve erkeğin orgazm sorununun olması, çiftin henüz ahenkli bir ilişki sağlayacak deneyimde olmaması, gebelikten korunma ya da gebe kalamama kaygısının olması gibi etmenler düşünüldüğünde çiftin aynı anda orgazm olması zordur. Böyle ideal bir beklenti, her iki tarafta performans endişesi yaratır, bu da orgazm taklitlerine, yetersizlik duygularına ve evlilik sorunlarına yol açabilir (46, 49).

“Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler” miti, cinsellikten zevk alamayan birçok kadın ve erkeğin hem kendilerinin eşlerini yeterince sevmediklerinden hem de eşlerinin kendilerini yeterince sevmediğinden kuşkulanasına sebep olmaktadır. Oysa sevgi cinsel ilişki için iyi bir zemin olmakla birlikte yeterli değildir. Çiftler her iki partnere de haz veren bir cinsel birlikteliğin nasıl gerçekleşeceğini birbirlerinden öğrenirler.

“Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir” ve “Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler” yanlış inanışlarının eşler tarafından arzulanan bir istek olması ile açıklanabileceği gibi,

toplumumuzun cinselliği yanlış kaynaklardan öğrenmesi ile de ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kontrol grubu için en çok inanılan mitler bahsedilen çalışmalarla benzer şekilde 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mitlerdi.

İnfertil grupta kontrol grubundan ve diğer çalışmalardan farklı olarak 2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır), 4. (Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır), 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir), 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir), 14. (Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır), 21. (Mastürbasyon kirli ve zararlıdır), 22. (Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır) ve 28. (Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir) mitlere inanma düzeyi infertil kadınlarda sağlıklı kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır) ve 4. (Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır) mitlere inancın yüksek olması infertil kadınların cinselliğe aktif olarak katılmadığını, pasif bir konumu benimsediğini göstermektedir. İnfertil kadınlar infertilite durumundan ötürü kendilerini suçlu hissetmektedir (32, 33). İnfertil kadınlar, suçluluk hissinden dolayı erkeğin hazzını ön planda tutup kendilerinin haz almaya hakkı olmadığını düşünüyor, kendi isteklerini yok sayıyor ya da ayıp olarak görüyor olabilirler. Ayrıca yapılan çalışmalarda infertil kadınların beden imgelerinin kötü olduğu gösterilmiştir (10). Kötü beden imgesinden ötürü infertil kadınların kendilerini çekici bulmamaları da bu mitlere inanma düzeyinin yüksek olmasına sebep olabilir.

İnfertil kadınlarda 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir), 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir), 14. (Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır) mitlere inanma oranının yüksek olduğu görülmüştür. İnfertil bireylerde cinsellik gebelikle eş tutulmaktadır. Fertilite için de cinsel birleşme olmalı ve erkeğin boşalması gerekmektedir kanısı infertil kadınların cinsellik algısını yansıtmaktadır (10). İnfertil kadınlarda bu mitlere inanma oranının yüksek olması infertil kadınların cinselliği

fertilite amacına yönelik yaşamları ile açıklanabilir.

İnfertil kadınlarda 21. (Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.), 22. (Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.) ve 28. (Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir) mitler en çok inanılan mitlerdendi. İnfertilite tedavisi aylar, hatta yıllar sürebildiğinden çiftin ilişkisini olumsuz etkileyebilmekte, en azından alışılmış biçiminin dışına çıkarmaktadır. Keye'nin 500 infertil çiftle yaptığı bir çalışmada, infertil çiftlerin cinselliği amaca yönelik, katı veya rutin biçimlenmiş yaşadığını, beden imgesinin kötü olduğunu, cinsellikle ilişkili depresyon ve suçluluk hissi yaşabileceklerini saptanmıştır (10). Zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide fertilite amacının olması, belli pratiklerden kaçınıp belli pozisyonları benimseme, infertil kadınların cinsel ilişkilerinde oral seks ve masturbasyonu daha az deneyimlemelerine ve bu gibi deneyimleri yanlış, pis veya olgunlaşmamışlığın göstergesi olarak değerlendirmelerine sebep olabilir. Ayrıca kötü beden imgesi de infertil kadınları böyle deneyimlerden uzak tutuyor olabilir. Cinsel ilişkiyi haz almak için yaşayan, yeni deneyimlere açık çiftlerin cinsel ilişkide masturbasyon veya oral seksi tercih etmeleri daha olasıdır.

Kırsal kesimde yaşama, eğitim süresinin 10 yıldan az olması, geniş aile yapısı, görücü usulüyle evlenme, infertilite ve tedavi süresinin 6 yıldan daha uzun olması cinsel mitlere inanma düzeyini artıran faktörler olarak bulundu.

Hasta grubunda, 30 mitin 20'sine inanma düzeyi eğitim süresi 10 yıl altı olan kadınlarda eğitim süresi 10 yıl üstü olan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Vajinismus tanısı almış 118 kadınla yapılmış bir çalışmada cinsel mitlere inanma düzeyinin eğitim süresi 10 yıl altı olan kadınlarda eğitim süresi 10 yıl üstü olan kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (62). Torun ve arkadaşlarının 167 sağlıklı erkekle, bizim de çalışmamızda kullandığımız 30 maddelik cinsel mitler ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada neredeyse tüm mitlere inanma oranı eğitim süresi 10 yıl altında olan erkeklerde, 10 yıl üstü olan erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti (63). Eğitim düzeyi düşük olan kişilerin cinsel mitlere inanma düzeyinin yüksek olması yeterli cinsel eğitim almamalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Cinsel mitlere inanma düzeyi kırsal bölgede yaşayan infertil kadınlarda kentsel bölgede yaşayan infertil kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Çalışmamızı destekler nitelikte Torun ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 12 yaşına

kadar kırsal kesimde yaşamış olan erkeklerde, kentsel kesimde yaşamış erkeklere göre cinsel mitlere inanma oranı anlamlı olarak yüksek bulmuştur (63). Bu durum kırsal kesimde yaşayanların eğitim düzeyinin daha düşük olması ile açıklanabilir.

Hasta grubunda cinsel mitlere inanma düzeyi geniş aile yapısına sahip kadınlarda çekirdek aile yapısına sahip kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti. Geniş ailelerde eşlerin birlikte zaman geçirme olanaklarının kısıtlılığı eşler arası iletişimi azalttığı bildirilmiştir. Ayrıca fiziksel koşulların da cinselliğin rahat yaşanmasına, eşlerin birbirini tanınmasına imkan vermemesi nedeniyle cinsel yaşamın güçleştiği ifade edilmiştir (64). Bizim çalışmamızda geniş aile yapısına sahip kadınlarda cinsel doyumun da çekirdek aile yapısına sahip kadınlardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumlar geniş aile yapısına sahip kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyinin daha yüksek olmasının sebebi olabilir.

Hasta grubunda cinsel mitlere inanma düzeyi eşiyile görücü usulü ile evlenen kadınlarda eşiyile tanışarak evlenen kadınlardan daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda görücü usulüyle evlenen kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (65). Çalışmamızda cinsel mitlere inanma düzeyinin görücü usulü ile evlenen kadınlarda daha yüksek olması görücü usulü ile evlenen kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olması, buna bağlı olarak cinsellikle ilgili bilgilerinin de yetersiz olmasıyla ilişkili olabilir.

İnfertilite ve tedavi süresinin 6 yıldan daha uzun olmasının “Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.” mitine inanma düzeyini artıran bir faktör olduğu saptandı. İnfertilite ve tedavi süresinin uzaması ile suçluluk ve umutsuzluk hislerinin arttığı saptanmıştır (66, 67). İnfertil kadınlarda “Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.” inancının artmasında infertilite ve tedavi süresi uzadıkça kadının kendini suçlu ve sorumlu hissetmesi, doktor ve tedaviye olan inancını yitirmesi etkili olabilir.

ACYÖ skorları 2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır), 3. (Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır), 4. (Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır), 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir), 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir), 9. (Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir), 15. (Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir), 23. (Cinsel fanteziler

kurmak yanlıştır), 27. (Oral seks pistir), 28. (Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir) mitlere inanan kadınlarda, inanmayan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Aydın, 18-49 yaş arası 180 sağlık çalışanı evli kadınla yapmış olduğu çalışmada ACYÖ skorları cinsel mitlere katılan kadınlarda katılmayan kadınlardan daha yüksek bulmuştur (68). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Cinsel mitlere katılan infertil kadınların cinsel mitlere katılmayan infertil kadınlara kıyasla daha fazla cinsel problem yaşadığı anlaşılmaktadır. Söz konusu mitlere katılan kadınların cinselliği erkek odaklı yaşaması, cinselliği cinsel birleşmeden ibaret görmesi, bunun dışındaki cinselliği pis, kötü veya ahlaksızlık olarak değerlendirmesi cinsel doyumunu azaltan faktörler olarak değerlendirilebilir. Bu sonuçlara göre sadece cinsel mitlere olan inancın değiştirilmesi ile kişi infertilite sorunu yaşıyor dahi olsa cinsel doyumunu artırmak mümkün görünmektedir.

İnfertil kadınlarda 3. (Kadının seks başlatması ahlaksızlıktır), 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir), 16. (Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir), 23. (Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır), 24. (Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler), 25. (Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez), 27. (Oral seks pistir) ve 28. (Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir) mitlere katılanlarda BDÖ skorları anlamlı olarak daha yüksekti. Ayrıca 3.(Kadının seks başlatması ahlaksızlıktır), 23. (Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır), 27. (Oral seks pistir) ve 28. (Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir) mitlere katılan infertil kadınlarda BAÖ skorları anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Evli kadınlar üzerinde yapılmış bir çalışmada cinsel mitlere inanma durumu ile ilişkilerde mutluluk düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (69). Çalışmamızda depresyon ve anksiyete düzeyleriyle cinsel mitlere inanma düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanması depresif kişilerde cinsel isteğin azalması, kendini değersiz yetersiz görmesi, suçluluk düşüncelerinin olması ayrıca cinsel doyumlarının daha düşük olması ile açıklanabilir.

Hasta grubunun ACYÖ puanları, kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksekti. Literatürde çalışmamızla benzer şekilde infertil kadınların cinsel doyum düzeyini fertil kadınlara göre anlamlı olarak düşük bulan çalışmalar bulunmaktadır (70, 71, 72, 73). İnfertilite sürecinde bazı çiftlerde, gebelik şansını artırmak için,

ovulatuar dönemde cinsel ilişki sıklığında artış bildirilirken, bazılarında anksiyete ve suçluluk duygusundan uzak durmak için cinsel ilişkiden kaçınma davranışı gözlenmiştir (74). İnfertil çiftlerde cinselliğin eğlenceli ve erotik değerini yitirmesi ve gebeliğe ulaşmak için bir araç haline gelmesi cinsel doyumun azalmasının sebebi olabilir.

ACYÖ toplam skoru kontrol grubunda 14.82 (± 4.06) olarak bulunmuştur. Bu puan ölçek kesme puanından yüksek olduğu için, araştırmaya katılan kontrol grubundaki kadınların da cinsel işlev bozukluklarına yatkın oldukları düşünülmektedir. Çalışmamızla paralel olarak sağlık çalışanı evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, ACYÖ puanı 15.21 (± 4.07) bulunmuştur (68). Yapılan bir çalışmada, kadınların %40'ından fazlasının, cinsel problemler yaşadığı ancak yalnızca %12'sinin yardım aradığı bildirilmiştir (74). Türk kadınlarında yapılan bir çalışmada, %48.3 istek, %35.9 uyarılma, %40.9 ıslanma, %42.7 orgazm, %45 tatmin problemi bildirilmiştir (77).

ACYÖ skorlarını aile biçimi, eş tutumu ve eşin ailesinin tutumunun anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur.

ACYÖ skorları, geniş aile yapısında olan infertil kadınlarda, çekirdek aile yapısında olan kadınlara kıyasla daha yüksekti. Yapılan bir çalışmada çalışmamızdan farklı olarak aile biçiminin cinsel doyumunu etkilemediği gösterilmiştir (78). Geniş ailede yaşayan çiftlerin cinselliğini rahat yaşayamaması, kendilerini baskı altında hissetmeleri ACYÖ skorlarının artışı ile ilişkili olabilir.

ACYÖ skorları, eş ve eşinin ailesinin tutumu olumsuz olan kadınlarda eş ve eşinin ailesinin tutumu olumlu olan ya da değişiklik olmayan kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti. Yapılan bir çalışmada, eşin ve eşin ailesinin tutumu ile ACYÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (79). Eşin tutumu daha fazla olmak üzere eşin ve eşin ailesinin tutumunun infertil kadınlarda cinsel doyumunu etkilediği görülmektedir. Cinsellik cinsel partnerle yaşanan karşılıklı bir süreçtir. Eşin tutumlarındaki olumsuz yada olumlu değişikliklerin cinsel hayata yansması da doğaldır.

Kırsal ve kentsel bölgede yaşayan infertil kadınlar arasında ACYÖ skorları açısından anlamlı bir fark yoktu. Yapılan çalışmalarda, çalışmamızla benzer olarak infertil kadınlarda yaşanan yer ile cinsel doyum arasında anlamlı bir ilişki

bulunamamıştır (78, 79). Bu durum cinselliğin temel bir dürtü olmasına bağlanabilir. Kırsal kesimde eğitim düzeyi daha düşük olmakla beraber çalışmamızda eğitim düzeyinin de cinsel doyumunu etkilemediği bulunmuştur.

Eğitim süresi 10 yıl altı ve 10 yıl üstü olan infertil kadınlar arasında, ACYÖ skorlarında anlamlı bir farklılık yoktu. Yapılan çalışmalarda eğitim süresinin cinsel doyum ile ilişkisinin bulunmadığını göstermiştir (70, 79, 80). Bizim çalışmamızdan farklı olarak, eğitim süresi arttıkça cinsel doyumun arttığı da bildirilmiştir (68). Çalışmamızda kontrol ve hasta grubunda eğitim düzeyi düşük ve yüksek olan tüm kadınlarda cinsel doyum düzeyi oldukça düşük bulunmuştur. Bu durum yöremiz itibariyle kadınların eğitim düzeyi yüksek bile olsa cinsellik konusunda yeterli veya doğru bilgi sahibi olmaması, cinselliği ayıp, tabu sayması, çoğu zaman erkek haz almasına yönelik davranmasından kaynaklanıyor olabilir.

Görücü usulü ve tanışarak evlenen infertil kadınlar arasında ACYÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Çalışmamıza paralel olarak Güleç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, infertil kadınlarda evlilik biçimi ile cinsel fonksiyonlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (68, 79). Görücü usulü evliliğin, kendi isteği olması ve olmaması şeklinde iki tipte incelendiği bir çalışmada, Kadınların evlilik için rıza göstermiyor olmalarının cinsel doyum üzerine, evlilik şeklinden daha belirgin olarak etki ettiği bulunmuştur (81). Görücü usulü ve tanışarak evlenen infertil kadınlar arasında ACYÖ skorlarının benzer olması, ülkemizde tanışarak evlenmenin sadece seçim konusunda kadının daha özgür davranmasına olanak sağlaması, eşler tanışarak evlense dahi cinsel anlamda birbirini yeterince tanıma fırsatı bulamaması ile açıklanabilir.

İnfertilite ve tedavi süresi ile ACYÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Yapılan bir çalışmada, tedavi süresi ile ACYÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (79). Literatürde çalışmamızdan farklı olarak infertilite süresi arttıkça, seksüel disfonksiyonun arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (82, 83). Turan ve arkadaşlarının infertil kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada 3 yıl ve üstü infertilite süresinin seksüel disfonksiyon riskini anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır (70). Bizim çalışmamızın sonuçları çalışmaya katılan kadınların infertilite durumu öncesinde de cinsel sorunlarının olmasına bağlanabilir. Çalışmamızda kontrol grubunda da ACYÖ skorları yüksek bulunmuştu.

Çalışmamızda, infertil kadınlarda, depresyon ve anksiyete düzeyleri, sağlıklı kadınlara göre daha yüksek bulundu. Kadın cinsiyet ve infertilite gibi negatif yaşam olayları, depresyon ve anksiyete bozukluğu için risk faktörleridir (84). Çalışmamızda olduğu gibi birçok çalışmada infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin, infertil olmayan kadınlara göre önemli oranda yüksek olduğu gösterilmiştir (85, 86, 87). İnfertil kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri, kanser, koroner arter hastalığı ve hipertansiyonu olan kadınların skorlarıyla benzer bulunmuştur (88). Bizim çalışmamızdan farklı olarak depresyon ve anksiyete skorları açısından infertil kadınlarla, kontrol grubundaki kadınların arasında anlamlı bir fark olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur (89, 90). Toplumsal damgalanma, toplumumuzda kadınlıkla anneliğin bir tutulması, infertil kadının kendini eksik ve yetersiz hissetmesi, çaresizlik hissi, stresle başa çıkmada yetersizlik gibi unsurlar infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerini artıran nedenler olabilir.

Hasta grubunda depresyon ve anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmasına etki edebilecek bazı faktörler incelendi. BDÖ için, eş tutumu ve eşin ailesinin tutumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluştururken, BAÖ için eğitim süresi, aile biçimi ve eş tutumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmaktaydı.

Eğitim süresi 10 yıl altı ve 10 yıl üstü olan infertil kadınlar arasında, BDÖ skoru açısından anlamlı bir fark yoktu. Eğitim süresi 10 yıl altı olan infertil kadınların BAÖ skorları, eğitim süresi 10 yıl üstü olan infertil kadınlara kıyasla anlamlı olarak yüksekti. İnfertil kadınlarda yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ile depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19, 91). Literatürde eğitim düzeyi azaldıkça depresyon ve kaygı düzeyinin arttığı gösteren çalışmalar da mevcuttur (78, 92). İnfertil kadınlarda eğitim süresi azaldıkça anksiyete düzeyinin artmasının nedeni, eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha fazla toplumsal baskıya maruz kalmaları, infertilite süreci ve tedavisiyle ilgili daha az bilgi sahibi olmaları, stresle başa çıkma konusunda yeterli donanıma sahip olmamaları ile açıklanabilir.

Hasta grubunda aile biçiminin BDÖ skorlarını etkilemediği saptandı. Geniş aile yapısına sahip infertil kadınlarda, çekirdek aile yapısına sahip infertil kadınlara kıyasla BAÖ skorları anlamlı olarak yüksekti. Yapılan bir çalışmada, depresyon

skorları, çekirdek aile yapısındaki kadınlarda, geniş aile yapısına sahip kadınlara kıyasla düşük bulunurken, anksiyete ölçeğinde herhangi bir fark saptanmamıştır (92). Eşin ailesiyle birlikte yaşamak, kişinin sorumluluğunu artıran, yabancı hissettiren ve kabul görmek ya da uyum sağlamakla ilgili endişeler yaratan bir durum olabilir. Üzerine infertilite de eklendiğinde, anksiyete düzeyinde artış görülebilir. Ayrıca çekirdek ailede yaşayan, infertil kadınların, geniş ailede yaşayan kadınlara göre öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri bulunmuştur (92). Bizim çalışmamızda da bununla paralel olarak, geniş ailede yaşayan kadınlarda, anksiyete düzeyi yüksek çıkmıştır. Aynı zamanda geniş aileyle yaşamanın zannedildiği kadar kötü olmadığı, öncelikle kişinin kendi durumunu, sonra da eşin ailesinin infertil kişiyi kabulunu kolaylaştıran bir faktör olarak düşünülebilir. Bu durum depresyon düzeyinin yüksek çıkmamasını açıklayabilir.

BDÖ skorları, eşinin tutumu olumlu değişen kadınlarda eşinin tutumunda değişiklik olmayan kadınlara göre daha düşük, eşinin tutumunda değişiklik olmayan kadınlarda eşinin tutumu olumsuz değişen kadınlara göre daha düşük olmak üzere tüm gruplar arasında anlamlıydı. BDÖ skorları açısından eşinin ailesinin tutumu olumlu olan kadınlarla, değişiklik olmayan kadınlar arasında anlamlı fark yoktu fakat eşinin ailesinin tutumu olumsuz olan kadınlarda diğer iki gruba kıyasla anlamlı olarak yüksekti. BAÖ skorları eş tutumu olumsuz olan kadınlarda olumlu olan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Eş aile tutumu ile BAÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Yapılan çalışmalarda, eşin ve eşin ailesinin olumsuz tutumu infertil kadınlarda yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur (90, 91). Bir başka çalışmada, eş desteğinin olmaması, infertil grupta depresyon riski ile ilişkili bulunmuştur (93). Taşçı ve arkadaşlarının çalışmasında infertil kadınların %93.1'inin eşlerinden destek aldıkları saptanmıştır (94). Güz ve arkadaşları, sadece eşinden ve eşinin ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve benlik saygısında düşme saptamıştır (89). Eşlerin birbirini duygusal yönden desteksiz bırakması, aile bağlarında zayıflamaya yol açarak, infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeyini artırıyor olabilir. Ayrıca toplumumuzda infertilite sorunu yaşayan kadınların boşanma ya da ikinci eş tehdidiyle karşı karşıya kalmaları da buna katkıda bulunuyor olabilir. Eş tutumunda BDÖ için tüm alt gruplar arasında anlamlı farklılık

mevcutken aynı anlamlı ilişkinin eşin ailesinin tutumunda görülmediği dikkat çekmektedir. BAÖ ile eş tutumu arasında anlamlı ilişki mevcut iken eşin ailesinin tutumunda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eşin tutumunun depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerinde eşin ailesinin tutumundan daha etkili olduğu görülmektedir.

Hasta grubunda, kırsal bölgede yaşayan kadınlarla, kentsel bölgede yaşayan kadınların BDÖ, BAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Yapılan bir çalışmada, çalışmamızla paralel olarak, infertil kadınlarda kırsal ya da kentsel bölgede yaşıyor olmanın, depresyon ve anksiyete skorlarına etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır (19). Çocuk sahibi olmak her kadın için hem kendi ruhsal dünyasında hem de toplumsal yaşamda temel bir ihtiyaç olduğundan yaşadığı yerden etkilenmeksizin depresyon ve anksiyete skorlarında yükseliğe yol açıyor olabilir.

Görücü usulü ve tanışarak evlenen infertil kadınlar arasında BDÖ, BAÖ skorları arasında anlamlı bir fark yoktu. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, çalışmamızla paralel olarak evlilik biçimi ile BDÖ, BAÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (78, 92). Tanışarak evlenme eşlerin birbirine daha yakın hissetmesine, daha iyi iletişim kurabilmelerine olanak verdiği için depresyon ve anksiyeteden koruyucu bir faktör olabilir. Ancak infertilite durumunda eşini seven, sahiplenen bir kadının ona bir çocuk veremediği için yetersizlik hissine kapılması bu koruyucu özelliğini ortadan kaldırıyor olabilir.

İnfertilite süresi ve tedavi süresi ile BDÖ, BAÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde tedavi süresi ve infertilite süresiyle BDÖ ve BAÖ skorları arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (19, 92, 95). İngiltere, Japonya ve Almanya'da yapılan bazı çalışmalarda, infertilite süresi ve tedavi süresi psikopatolojiyle ilişkisiz bulunmuştur (96, 97). Domar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim sonuçlarımızdan farklı olarak, infertilite tedavi süresi 2-3 yıl olan kadınların depresyon düzeyi, 1 yıl altı veya 6 yıl üstü olan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Yazar bu ters U patterninin, başlangıçta kadınların tedavinin olumlu sonuçlanacağına dair inançlarının yüksek olmasına, infertilite tedavisi uzadıkça tedavi başarısızlığına bağlı depresif semptomların artmasına, 6 yıllık tedaviden sonra kadınların durumu kabullenmesinin onları depresif semptomlara karşı korumasına bağlı olabileceğini belirtmektedir (87).

Bizim çalışmamızdan farklı olarak ABD, Çin ve İran’da yapılan bazı çalışmalarda, infertilite süresi ve tedavi süresi uzadıkça depresyon ve anksiyete düzeyinde anlamlı artış olduğu saptanmıştır (68, 69). İnfertilite ve tedavi süresi uzadıkça depresyon ve anksiyete düzeyinde anlamlı değişikliğin olmamasının nedeni infertil kadınların zamanla durumu kabullenmesi ve adaptasyon geliştirmesi olabilir. Durumu kabullense de çocuğa özlem, toplum ve aile baskısı gibi faktörlerden ötürü depresyon ve anksiyete düzeylerinde düşme de görülmemektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışma gruplarının sayısının az olması, kesitsel bir çalışma olması ve çalışmamızın sadece infertilite tedavisi için hastaneye başvuran hastaları kapsıyor olması önemli kısıtlılıklarımızdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda infertil kadınlarda cinsel mitlere inanma oranı sağlıklılardan yüksek bulunmuştur. Ayrıca infertilite; depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış, cinsel doyumda azalma ile ilişkili bulunmuştur. Kırsal kesimde yaşama, eğitim süresinin 10 yıldan az olması, geniş aile yapısı, görücü usulüyle evlenme, infertilite ve tedavi süresinin 6 yıldan daha uzun olması cinsel mitlere inanma düzeyini artıran faktörler olarak bulundu. Bu faktörler için de cinsel mitlere inanma ile en güçlü ilişkisi olan faktör eğitim süresiydi. Aynı zamanda çalışmamızda cinsel mitlere inanma düzeyi arttıkça cinsel doyumun azaldığı gösterilmiştir. Toplumda eğitim seviyesinin artırılması ile hem genel popülasyonda hem de infertil bireylerde cinsel mitlere olan inancı azaltmak, dolayısıyla cinsel doyumunu artırmak mümkün olabilir. Toplumumuzda yaygın olan cinsel mitlerin sönmesi ve sağlıklı bir cinsel yaşam için cinsel eğitimin uygun yaşta, doğru kaynaklardan bireylere verilmesinin gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca infertil bireylere hem infertilite süreci ile ilgili hem de cinsellikle ilgili doğru bilgilendirme yapabilmek için danışmanlık hizmeti verilmesinin gerektiğini, bu konuda Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünün işbirliği yapmasının faydalı olabileceğini önermekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Wright KP, Johnson JV. İnfertilite. [Infertility]. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. editör. Danforth's obstetrik ve jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2010; 705-715.
2. Cramer DW, Walker AM, Schiff I: Statistical methods in evaluating the outcome of infertility therapy. Fertility and sterility 1979; 32:80-86.
3. Speroff L, Glass NH, Kase RG. Clinical Gynaecologic Endocrinology and Infertility. 7 nd edition, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2007; 1080-1085.
4. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014; 6(2):165-184.
5. Atası T: İnfertilite, in Jinekoloji. Edited by Şahmay S. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2001; 479-533.
6. Özçelik, B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8: 140-148.
7. Onat Bayram, G. İnfertil çiftlerin infertiliteye karşı psikolojik tepkileri/infertilitenin psikososyal etkileri (cinsiyet farklılıkları). 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongre Kitabı. Antalya, 2010; 179.
8. Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. Human Reproduction, 1998; 13: 1733-1736.
9. Lapane KL, Zierler S, Lasater TM, Stein M, Barbour MM, Hume AL. Is a history of depressive symptoms associated with an increased risk of infertility in women? Psychosom Med, 1995; 57: 509-513.
10. Keyes WR. Jr. Psychosexual responses to infertility. Clin Obstet Gynecol. 1984; 27:760-766.
11. Kora K, Kayır A. Cinsel Roller ve Cinsel mitler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 1996; 9:55-58.
12. Kocagöz S. Cinsel işlev bozuklukları tipleri ve cinsel mitler arasındaki ilişki (Uzmanlık tezi). Bursa, Uludağ Üniversitesi; 2008.
13. Kayır A. Cinsel mitler. Ero cinsel yaşam ansiklopedisi. Milano: AMARE Gruppo, 1996; (2):26-28.

- 14.Hawton K (ed). Sex therapy: A practical guide. Oxford: Oxford Univ Pres; 1985; 180-182.
- 15.Speckens AEM, Hengeveld MW, Nijeholt GL, et al. Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder ? Arch Sexual Behav 2.1995; 157-72.
- 16.Downey J. Infertility and the new reoprodutive techuologies. Psychological Aspects of Women's Health Care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology. Stewart DE, Stotland NL (edt). Chapter 1993;10: 193-207.
- 17.Yao M.W.M. ve Schust J.D. İnfertilite İçinde J.S. Berek (Ed). Novak Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., 2004; 973-1045.
- 18.Morice P, Josset P, Dubuisson JB. History of sterility in ancient times. Contracept Fertil Sex, 1995; 23:423-427.
- 19.Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2004.
- 20.Sezgin H, Hoccoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014; 6(2):165-184.
- 21.Koçyiğit OT. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. İnsanbilim Dergisi, 2012; 1:27-38.
- 22.Cramer DW, Walker AM, Schiff I: Statistical methods in evaluating the outcome of infertility therapy. Fertility and sterility, 1979; 32:80-86.
- 23.Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2013; 5:162-178.
- 24.Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod, 2007; 22:1506-1512.
- 25.Moghissi KS. Infertility Evaluation-targeting the work up and management. Women's Health in primary care, 2002; 5:155-67.

- 26.Speroff L, Glass RH, Kase NG. Kadın İnfertilitesi. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Çeviri.Erk A.5.baskı, 2011; 1088-1092.
- 27.Şahmay S. İnfertilitede ovulatuvar factor.Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite.Ertüngealp ed., 1995; 9.
- 28.Givens JR, Kurtz BR. Understanding PCOS. Gonadotropin downregulation in gynecological practice, 1986; 355.
29. Jelewicz R, Wallach EE. Evaluation of the infertile couple in reproductive medicine and surgery. Mosby- Year Book Inc. St. Louis. Pg. 1995; 371.
- 30.Yıldırım M. Klinik Jinekoloji, Çağdaş Medikal Kitabevi, Ankara, 2002; 111-149
- 31.Türkiye İnfertilite Vakfı. İnfertilite ve Reprodüktif Endokrinolojide Temel Tanı ve Tedavi. Ankara: Türkiye İnfertilite Vakfı Yayınları, 1996; 158-162.
- 32.Draye M.A. Emotional Aspects of Infertility. İçinde D. Lemcke, J. Pattison, L.A. Marshall, D.S. Cowley (Eds.), Current Care of Women Diagnosis & Treatment. McGraw-Hill: Lance Medical Boks, 2004; 572-576.
- 33.Demirci H. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. İçinde N. Kızılkaya Beji (Ed.), İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul, Emek Matbaacılık; 2001;103-117.
- 34.Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. Human Reproduction, 1998; 13: 1733-1736.
- 35.Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Jafarabadi M. Surveying of relationship between anxiety, depressin and duration of infertility. International Congress Series, 2004; 1271: 334-337.
- 36.Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil 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.

37. Verhaak CM, Smeenk MJ, Minnen A, Kremer JAM, Kraaijmaat FM. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 2005; 20(8): 2253-2260.
38. Burns LH. Psychiatric Aspects of Infertility and Infertility Treatments. *Psychiatr Clin N Am*, 2007; 30: 689-716.
39. Goldman MB, Missmer SA, Barbieri RL: Infertility: Woman and Health. Goldman M.B, Hatch MC (eds). Academic Press, California, 2000; 196-215.
40. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment - short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 2006; 21(12): 3295-3302.
41. Sungur, MZ. Kadında cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 1994; 2 (Ek):7- 13.
42. Zilbergeld B, Seksi öğrenmek, Demiriz G, (çeviri editörü). Erkek cinselliği. İstanbul : Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994; 9-17.
43. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H (editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası-1. Cinsel yaşam ve sorunları: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, 2006; 12-18.
44. Bancroft J (ed). *Human Sexuality and Its Problems*. 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989; 110-112.
45. Yüksel Ş, Cindoğlu D. (editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası- 5 Kadın Cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, İstanbul, 2006; 12-18.
46. Sungur MZ, Tarcan Z (editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası-6 Erkek cinselliği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul, 2006; 1-6.
47. Özmen HE. Cinsel Mitler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, İstanbul, 1999; 2: 49- 53.
48. Kadioğlu D, Şatıroğlu, H. Vajinismus. *Arkadaş Yayınevi*, 2011; 58-63.

49. Kayır A, Cinsellik Kavramı ve Cinsel Mitler, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi (1): Cinsel Sorunlara Genel Yaklaşım, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, İstanbul, 1998; 30-35.
50. Keçe C, Yatak Efsaneleri. Pusula Yayınevi, 2012; 78-82.
51. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. "An inventory for measuring depression". Arch. Gen. Psychiatry, 1961; 4(6): 561-71.
52. Hisli N, Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi, 1998; 6:118-126.
53. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988; 56:893-897.
54. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
55. McGauhey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther. 2000; 26(1): 25-40.
56. Soykan A. The reliability and validity of arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. Int J Impotence Research. 2004; 6: 531-534.
57. Zilbergeld B. The new male sexuality. Revised edition. New York: Bantam Books, 1999.
58. Motovalı N, Yücel B, Kayır A ve ark. Üç grup evli kadının cinsel inanış ve yaşantılarının değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 1991; 28(2-4):94-97.
59. Yaşan A, Gürgen F. Cinsel Partneri Olan Bir Hemşire Grubu İle Hiç Partneri Olmamış Bir Hemşire Grubunun Cinsel Bilgi Edinme Yolları ve Cinsel Mitlerin Yaygınlığının Karşılaştırılması. Yeni Symposium, 2004; 42, 72-76.

60. Yılmaz E, Zeytinci E, Sarı S, Karababa F, Çilli S, Kucur R: Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel mitlerin yaygınlığının araştırılması. İstanbul. VI. Ulusal Cinsellik ve Cinsel İşlev bozuklukları Kongresi özet kitabı, poster bildirisi, 2006: 126.
61. Özkardeş S, Özdemir Ö, İncesu C, Şimşek F, Koç S, Özden D. Sağlık Çalışanı Olarak Hemşirelerde Cinsel Mitler. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, 7-11 Eylül 2003
62. Mutlu EA. Vajinismus Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsel Mit İnançları, Cinsel Öyküleri, Cinsel Doyum Düzeyleri ve Eş Değerlendirme Biçimleriyle Karşılaştırılması (Uzmanlık tezi). Malatya, İnönü Üniversitesi; 2009.
63. Torun F, Torun SD, Özaydın AN. Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011; 24(1): 24-31.
64. Baran A.G. "Türkiye'de Aile İçi İletişim ve İlişkiler Üzerine Bir Model Denemesi." HÜTAD 1 (2005).
65. Çilli, A.S. et al. "Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması." Genel Tıp Dergisi, 14.1 (2004); 1-5.
66. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment of infertility. J Behav Med, 1991; 14:11-26.
67. Lok IH, Lee DT, Gheung LP, Chung WS, Lo WK, Haines CJ. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. Gynaecol Obstet Invest, 2002; 53:195-199.
68. Tashbulatova D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler (Uzmanlık Tezi) Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
69. Turan A. Evli bireylerin cinsel mit inançları, cinsel bilgi düzeyleri, ilişkilerindeki mutluluk düzeyleri ve cinsel doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.

70. Turan V, et al. "Sexual dysfunction in infertile Turkish females: prevalence and risk factors." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 182, (2014); 128-131.
71. Jindal UN, Dhall GI. Psychosexual problems of infertile women in India. *Int J Fertil*, 1990; 35: 222-5.
72. Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. Psychological and sexological assessment of the infertile couple. *Sexologies*, 2010 ; 19 : 15 – 9.
73. Khademi A, Alleyassin A, Amini M, Ghaemi M. Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples . *J Sex Med*, 2008; 5: 1402 – 10.
74. Coëfficient-Driol C, Giami A. L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: *Revue de la littérature . Gynécologie Obstétrique Fertil*, 2004; 32 : 624 – 37.
75. Aydın D. Sağlık Çalışanı Evli Kadınlarda Cinsel Mitlere İnanma Durumu ve Cinsel İşlev Bozuklukları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
76. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J* 2009; 20 (Suppl 1): S33-S43.
77. Yılmaz E, Zeytinci IE, Sari S, Karababa IF, Çilli AS, Kucur R. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. *Türk Psikiyatri Derg.*, 2010; 21: 126-34.
78. Alibaşoğlu H. İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bağlamındaki Cinsiyet Farkları (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2010.
79. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez C. The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment. *Turkish Journal of Psychiatry* 2011;22(3):166-76.
80. Çoban TK, Dinç A. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *International Journal of Clinical Research* 2013;1(2):46-53.

81. Mert DG, Özen NE. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri, 2011; 14:85-93.
82. Oskay UY, Beji NK, Serdaroglu H. The issue of infertility and sexual function in Turkish women. Sex Disabil, 2010; 28:71–9.
83. İris A, Kırmızı DA, Taner CE. Effects of infertility an infertility duration on female sexual functions. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2013; 287(4), 809-812.
84. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(1): 41-47.
85. Wright J, Bissonnette F, Duchesne C et al. Psychological distress and infertility: men and women respond differently. Fertil Steril, 1991; 55: 100-108.
86. Cwikel J, Gidron Y & Sheiner. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2004; 117: 126-131.
87. Domar AD, Zuttermeister PC, Seibel M & Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. Fertil Steril, 1992; 58: 144-147.
88. Domar AD, Zuttermeister PC & Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. J Psychosom Obstet Gynaecol, 1993; 14: 45-52.
89. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003; 24:267-271.
90. Gülseren L, Cetinay P, Tokatlioğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S: Depression and Anxiety Levels in Infertile Turkish Women. The Journal of Reproductive Medicine, 2006; 51(5): 421-426,
91. Eren N. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi (Uzmanlık tezi). Ankara, T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2008.

- 92.Öztürk T. İnfertilitede anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından cinsiyet farklılıkları (Uzmanlık tezi) İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2011.
- 93.Stewart DE, Robinson GE. Infertility by choice or by nature. Can. J. Psychiatry, 1986; 34: 866-871.
- 94.Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2008; 5: 105-110.
- 95.Özkan M, Baysal B, Emotional distress of infertile women in Turkey. Clin Exp Obstet Gynecol, 2006; 33(1):44-6.
- 96.King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. Soc Sci Med, 2003; 56:739-751.
- 97.Matsubayashi H, Hosaka T, Shun-ichiro I, Takahiro S, Makino T. Emotional distress of infertile women in Japan. Hum Reprod 2001; 16: 966-969.

EKLER

EK 1

ETİK KURUL

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
84					
KARAR					
Yrd. Doç. Dr. Süleyman DEMİR, Prof. Dr. Talip GÜL, Arş. Gör. Dr. Betül UYAR araştırmacılar tarafından planlanan "İnfertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi" başlıklı araştırmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir.					
Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "The level of belief in sexual myths in patients undergoing infertility treatment" planned Süleyman DEMİR, Talip GÜL, Betül UYAR has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number) :		Tarih (Date): 23.01.2015		Saat (Hour): 13:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Aydın ECE			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Aydın ECE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
2	Yrd. Doç. Dr.	İbrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Süleyman GÖREN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Adli Tıp	
4	Yrd. Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç.Dr.	A. Çetin TANRIKULU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Göğüs Hast.	
6	Doç . Dr.	Abdullah BÖYÜK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
7	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyostatistik	
8	Doç. Dr.	Uğur FIRAT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
9	Yrd. Doç. Dr.	Orhan ATEŞ	Dicle Üniversitesi İlahiyat Fakültesi	Temel İslam Bilimleri	
10	Doç. Dr.	Mehmet Uğur ÇEVİK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nöroloji	
11	Avukat	Şahin KAPLAN	Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimlik	Avukat	

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı-Soyadı:

Doğum tarihi/yaş:

Yaşadığı yer: 1) Kırsal bölge 2) Kentsel bölge

Eğitim düzeyi: 1) Okuryazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Lisans ve üstü

Meslek: 1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5) Emekli 6) Öğrenci
7) Diğer

Aile biçimi: 1) Çekirdek aile 2) Eşinin ailesi ile birlikte yaşıyor 3) Kendi ailesi ile birlikte yaşıyor

Evlilik biçimi: 1) Görücü usulü/istemeden 2) Görücü usulü/isteyerek 3) Tanışarak

Evlilik süresi: 1) 1 yıl 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 ve üstü

Geçmişte psikiyatrik hastalık: 1) Yok 2) Var (belirtiniz):

Geçmişte psikiyatrik tedavi:

Halen psikiyatrik hastalık: 1) Yok 2) Var (belirtiniz):

Halen psikiyatrik tedavi:

Sigara: **Alkol:** **Madde:**

İNFERTİL HASTA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ

İnfertilite süresi: 1) 1-2 yıl 2) 3-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 ve üstü

Tedavisi süresi: 1) 1 yıldan az 2) 1-2 3) 3-5 4) 6-10 5) 11 ve üstü

Kısırlık Nedeni: 1) Kadın 2) Erkek 3) Her ikisi 4) İdiopatik

Daha önce kullanılan tedavi yöntemleri:

1) Yok 2) Hormon 3) Aşılama
4) Aşılama+hormon 5) Hormon+aşılama+IVF 6) Hormon+aşılama+tubal op.
7) Hormon+IVF+tubal op.

İnfertilite durumuna eşin tutumu:

1) Değişiklik yok 2) Olumlu değişti 3) Olumsuz değişti

İnfertilite durumuna eşin ailesinin tutumu:

1) Değişiklik yok 2) Anlayışlı ve destekleyici 3) Eleştirel ve küçümseyici

EK 3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun 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) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. .
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevredeki bir çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4- a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbir şey yok Her şey çok sıkıcı.

- 5- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum,
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6- a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- a) Kendimden hoşnutum.
b) Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
d) Bir fırsatım bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- a) Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

- 11- a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
c) Çoğu zaman sinirliyim.
d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
- 12- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- a) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.
b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça göçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15 -a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16 -a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat etken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.

b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.

c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.

d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18 -a) İştahım eskisinden pek farklı değil.

b) İştahım eskisi kadar iyi değil.

c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.

d) Artık hiç iştahım yok.

19- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiği nü sanmıyorum.

b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.

c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.

d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet() Hayır()

20- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

c) Ağrı sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatim! çeken bir şey yok.

b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 4

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlandım	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak, ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklilik				
14.Kontrolü kaybetme duygusu				
15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık, rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaktan bağımsız)				

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

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

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyanılırsınız (tahrik olursunuz) ?

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

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

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

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

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

Orgazminız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK 6

CİNSEL MİTLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

Lütfen aşağıdaki önermelere katılma durumunuzu katılmıyorum/katılıyorum şeklinde uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

Katılıyorum Katılmıyorum

- 1) Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.
- 2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.
- 3) Kadının seks başlatması ahlaksızlıktır.
- 4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.
- 5) Sevişme cinsel birleşme demektir.
- 6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.
- 7) Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır; sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar.
- 8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.
- 9) Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi).
- 10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.
- 11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.
- 12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.
- 13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.
- 14) Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.
- 15) Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.
- 16) Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.
- 17) Kadınlar eller kullanılmadan penis hareketleri ile orgazm olmalıdırlar.
- 18) Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.
- 19) Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler.
- 20) Seks doğaldır, öğrenilemez.
- 21) Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.
- 22) Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.
- 23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.
- 24) Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler.
- 25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.
- 26) Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır.
- 27) Oral seks pistir.
- 28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.
- 29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.
- 30) Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.