

# İnfertil kadınlara yönelik cinsel danışmanlık programında BETTER modeli'nin kullanımı

## The use of the BETTER model in a sexual counseling program for infertile women

Sevda Karakaş<sup>1</sup>, Ergül Aslan<sup>2</sup>

### ÖZ

İnfertilite yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen bireyi/çifti çok yönlü etkileyen karmaşık bir durumdur. Giderek artan sıklıkta, fiziksel, ruhsal sosyal, ekonomik ve kültürel yönleri ile bireyin/ çiftin zorlanmasına neden olan bir yaşam krizidir. İnfertilite tedavi süreci bireyi/çiftin cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir. Zamanlanmış koitus ve amacın gebelik olması en önemli olumsuzluk nedenleri arasındadır. İnfertil çift, cinsel sorunlarını genellikle göz ardı etmekte infertilite tedavisine öncelik vermektedir. Cinsel işlev bozukluğu (CİB) tek başına infertilite nedeni de olabilir. İnfertilite tanı ve tedavi süreci CİB için önemli bir risk faktörüdür. Hemşirelik rollerinin içerisinde danışmanlık hizmeti infertilite alanında da büyük öneme sahiptir. Bireyi/çiftin, infertiliteye ilişkin yaşadığı sorunları ifade edebilmesi eşlerin birbirlerini desteklemesi ve baş etme mekanizmalarını kullanabilmesi infertilite tanı ve tedavi sürecinde verilebilecek danışmanlık hizmeti ile mümkündür. Cinsel danışmanlık konusunda hemşireler genellikle kendilerini yetersiz hissetmekte ve cinsel öykü almaktan kaçınmaktadır. Cinsel yaşamın sorgulanması zor olmasına karşın, etkin soru sorma, sessizliği kullanma, etkin dinleme yansıtma, özetleme gibi tekniklerin kullanımı ilişkin birçok model (KAPLAN modeli, BETTER modeli, P-LI-SS-İT modeli, ALARM cinsel yanıt modeli vb.) geliştirilmiştir. Cinsel yaşamın sorgulanmasında kullanılan modeller ile hemşirelerin sunduğu cinsel danışmanlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artmasına yardımcı olmaktadır. Danışmanlık hizmetlerinin bireyi/çiftlerin cinsel yaşam kalitesinin artırılmasında ve CİB'nun önlenmesinde ve tedavide başarı elde edilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu makalede; infertil kadınlara yönelik BETTER Modeli doğrultusunda geliştirilen cinsel danışmanlık programının kullanımı anlatılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, cinsel danışmanlık, cinsel işlev bozukluğu, BETTER modeli

### ABSTRACT

Although infertility is not a life-threatening health problem, it is a complex condition affecting the individual/couple in various ways. Infertility is an increasingly common life crisis causing individuals/couples to be challenged in physical, psychological, social, economic and cultural aspects. Infertility treatment process affects the sexual life of the individual/couple negatively. Timed coitus and aimed pregnancy are among the most important causes of negativity. Infertile couple usually ignores their sexual problems and give priority to infertility treatment. Sexual dysfunction (SD) alone may also be the cause of infertility. Diagnosis and treatment of infertility is an important risk factor for SD. Among nursing roles, counselling is also of great importance in the field of infertility. Counselling services that can be provided during the diagnosis and treatment of infertility makes it possible for the individual/couple to express their problems related to infertility, to support each other, and to use coping mechanisms. Nurses often feel inadequate in sexual counselling and avoid receiving patient sexual history. Although it is difficult to question sexual life, many models (KAPLAN model, BETTER model, P-LI-SS-IT model, ALARM sexuality model etc.) have been developed regarding the use of techniques such as effective questioning, using silence, effective listening and reflecting, and summarizing. Models used in questioning sexual life help to increase the quality and effectiveness of sexual counselling services offered by nurses. Counselling services are significant in terms of improving the quality of life of individuals/couples and in achieving success in prevention and treatment of SD. The aim of the study is to explain the implementation of the sexual counselling program developed in line with the BETTER Model for infertile women.

**Keywords:** infertility, sexual counseling, sexual dysfunction, BETTER model

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre infertilite, bir çiftin gebelikten koruyucu herhangi bir yöntem kullanmaksızın, en az bir yıl düzenli cinsel ilişkiye (haftada 3–4 kez) rağmen kadının gebe kalamama durumudur. DSÖ tarafından halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen infertilite, her altı çiftten birinde görülen ruhsal, sosyal, kültürel yönleri ile bireyi/çiftlerin fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak ta zorlanmalarına neden olan bir yaşam krizidir.<sup>[1–3]</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Arel Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

### Yazışma Adresi/ Correspondence:

Dr. Öğr. Üyesi Sevda Karakaş  
Merkez Efendi Mahallesi, Eski Londra Asfaltı Cd., No 1/3, 34010, Cevizlibağ –  
Zeytinburnu, İstanbul, Türkiye  
Tel: +90 212 860 04 81  
E-mail: sevdakarakas@arel.edu.tr

**Geliş/ Received:** 17.02.2021

**Kabul/ Accepted:** 10.05.2021

İnfertilite tanı ve tedavi sürecinin uzun olması nedeniyle birey/çiftin cinsel yaşamı olumsuz etkilenmektedir. Zamanlanmış koitus ve cinsel ilişkinin gebeliği sağlama amaçlı olması etkili faktörler arasındadır. Dünyada ve Türkiye’de cinsel işlevlerin ve evlilik ilişkilerinin incelendiği ayrı ayrı çalışmalar olmasına rağmen, infertil çiftlerde cinsellik boyutunun incelendiği çalışmalar sınırlıdır.<sup>[4,5]</sup>

İnfertil çiftler var olan cinsel sorunlarının çözümünü genellikle göz ardı etmekte, infertilite tedavisine öncelik vermektedir. İnfertilite nedenleri arasında yer alan cinsel işlev bozukluğu (CİB) birey/çiftin benlik saygısını, eşlerin birbirleri ile ve çevre ile ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından infertil birey/çiftin cinsel yaşamının sorgulanması ve bu konuda birey/çiftin farkındalığı artırılarak özellikle CİB’nin önlenmesinde büyük önem arz etmektedir.<sup>[6-8]</sup>

Birey/çiftin yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan cinsel yaşam hemşirelik bakım alanlarından biridir. Hemşirenin infertilite tanı ve tedavi sürecinde fiziksel, cinsel işlev ve ruhsal sorunları belirleme ve sorunu bulunan bireylere yardım etmede sorumluluğu vardır. Cinsel yaşamın sorgulanması ve hemşirelik bakım hizmetlerinde bütüncül yaklaşım önemlidir.<sup>[9-13]</sup>

İnfertilite tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında hemşireye cinsel sağlığın korunması, gelişimi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli görevler düşmektedir. İnfertil bireylerin cinsel yaşamını değerlendirmede ve cinsel danışmanlıkta ALARM cinsel yanıt modeli, P-LI-SS-IT, BETTER ve KAPLAN gibi modellerin kullanımı önerilmektedir.<sup>[14-18]</sup>

Bu makalede infertil kadınlara yönelik BETTER modeli doğrultusunda geliştirmiş cinsel danışmanlık programının kullanımının önemini vurgulamak, bu konuda farkındalığı artırmak amaçlanmıştır.

## CİNSEL SAĞLIK VE İNFERTİLİTEDE CİNSEL SORUNLAR

Cinsel sağlık, insanın yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden biridir. DSÖ’ne göre cinsel sağlık; sadece hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, zihinsel, duygusal, ve sosyal yönden cinsellikle ilgili iyilik halidir.<sup>[19]</sup>

Cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinsellik birey ile sosyal yapılar arasındaki etkileşim aracılığıyla oluşur. Cinsellik, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan, cinsel doyumu ve iki insanın beraberliklerini içeren özel bir yaşantı olarak tanımlanabilir.<sup>[19,39]</sup>

Birey/çiftlerin yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan cinsel yaşam, hemşirelik bakım alanlarından biridir. Sağlık ekibinin aktif bir üyesi olan hemşirelerin, infertilite tanı ve tedavisinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve cinsel sorunları bulunan bireylere yardım etmede çok önemli sorumlulukları vardır. Cinsel yaşamın sorgulanması ve hemşirelik bakım hizmetlerinde bütüncül yaklaşım önemlidir. CİB tedavisinin temelinde bilgilendirme vardır. Bilgilendirme CİB’nin çözümü açısından önemlidir. İnfertilitenin tanı ve tedavi sürecinde birey/çiftin yaşadıkları güçlükler ile başedebilmede eğitim ve danışmanlık hizmetleri önemlidir.<sup>[39,40]</sup> CİB’nin genel olarak toplumda görülme sıklığının üçte bir oranında olduğu ve cinsel sağlık danışmanlığının yeterli ve uygun bir şekilde verilmesi durumunda cinsellikle ilgili sorunların %80’inin çözülebildiği bilinmektedir.<sup>[41]</sup>

Hizmet sunan sağlık profesyonellerinin cinsel sorunlara yaklaşımları değerlendirildiğinde;

- Cinsellik konusunda yeterli bilgiye, donanıma sahip olamama, hastalar tarafından sorulan sorulara cevap verememe kaygısı,
- Klinikte yatış süresince bireyin tedavisine ve bakımına odaklanma,
- Hasta sayısının fazla oluşundan dolayı hastalara yeterli zaman ayıramama,
- Sağlık kuruluşlarında cinsellik konusunun daha rahat konuşabilecek gerekli fiziksel koşulların olmaması gibi durumlar başlıca nedenler arasındadır.<sup>[13,17]</sup>

Hizmeti alan kadınların cinsel sorunlara yaklaşımları değerlendirildiğinde;

- Kadınların cinsellik ve yaşadıkları sorunlar hakkında konuşmak için istekli olmaması,
- Cinsellik konusunun mahrem olması nedeniyle konuşmak istememesi ve yargılanmaktan korkma,
- Cinsel işlev bozukluklarına ilişkin başvurulabilecek birimlerin yeterli sayıda olmaması,
- Cinsel sorunlarının tedavisinin olduğunu bilmeme gibi durumlar başlıca nedenler arasındadır.<sup>[13]</sup>

Kadınlarda zamanlamaya (ovulasyon dönemi) bağlı kalınarak yaşanan cinsel ilişkinin, erkeğin güç kaybı endişesi ile birleştiğinde cinselliğin doğallığını etkileyerek CİB’ye neden olmaktadır. İnfertil çiftlerin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği gibi cinsel işlev bozukluğu da tek başına infertilite nedeni olabilmektedir.<sup>[14-18]</sup>

İnfertil kadınlarda cinsel işlev bozukluğu (CİB) prevalansı %40 olmasına rağmen, kadınların sadece %12’sinin CİB için sağlık kurumuna başvurduğu bilinmektedir.<sup>[30]</sup>

Millheiser ve ark., 2010 yılında 18–45 yaşları arasında 119 infertil kadın ve 99 fertil kadın ile yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında, infertil kadınlarda cinsel doyum oranının kontrol grubundakilere kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir.<sup>[31]</sup>

Tayebi ve Ardakani'nin 2009 yılında 300 infertil kadın ile yapmış olduğu çalışmada, en yaygın olarak kadınlarda orgazm olamama (%83) ve cinsel isteksizlik (%80,7) olduğunu, cinsel işlev bozukluğu olan kadınların %85'inin cinsel işlev bozukluğuna ilişkin tedaviyi kabul etmediklerini ve kadınların infertilite tedavisine başladıktan sonra kadınların %50'si koitus sıklığında azalma olduğunu ifade ettiklerini tespit etmiştir.<sup>[32]</sup> Bakhtiari ve ark. İran'da 236 infertil kadın ile yapmış olduğu çalışmada CİB oranını %55 olarak bildirmiştir. Kadınların %28'inde dispareni, %28'inde cinsel isteksizlik ve %15,2'sinde ise vajinismus olduğunu tespit etmiştir.<sup>[33]</sup>

Aggarwal ve ark., 2013 yılında fertil (267) ve infertil kadınlar (170) ile yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, infertil kadınlarda en sık cinsel uyarılma bozukluğunun (%70), fertil kadınlarda ise cinsel isteksizliğin (%40) ve orgazm sorunlarının (%40) yaygın olduğunu bildirmişlerdir.<sup>[34]</sup> Bayar ve ark. tarafından 2014 yılında primer infertil 50 çiftin tedaviye başlamadan önce ve tedaviye başladıktan üç ay sonra CİB oranlarını karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışma sonucunda çiftlerde infertilite tedavisinden önceki CİB'nin kadınlarda %72, erkeklerde %48 artış gösterdiği tespit edilmiştir.<sup>[35]</sup>

Keskin ve ark., 2011 yılında yapmış oldukları çalışmada primer infertil kadınlarda CİB oranının %64,8, sekonder infertil kadınlarda %76,5 olduğunu tespit etmiştir.<sup>[36]</sup> Turan ve ark.'nın 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada, evlilik ve infertilite süresi üç yıl ve üzerinde olması ve daha önce infertilite tedavisi görmüş olması, infertil kadınlarda CİB'de primer risk faktörü olduğu bildirilmiştir.<sup>[37]</sup>

İnfertil çiftler, var olan cinsel sorunlarının çözümünü genellikle göz ardı etmekte infertilite tedavisine öncelik vermektedir. İnfertilite nedenleri arasında yer alan CİB; birey/çiftlerin benlik saygısını, eşlerin hem birbirleri ile olan ilişkilerini hem de çevreleri ile olan ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından infertil birey/çiftin cinsel yaşamının sorgulanması ve bu konuda birey/çiftlerin farkındalıklarını artırılarak özellikle CİB'nin önlenmesinde büyük önem arz etmektedir.<sup>[6-8]</sup>

## CİNSEL DANIŞMANLIKTA KULLANILAN MODELLER

Birey/çiftin yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan cinsel yaşam, hemşirelik bakım alanlarından biridir. Hemşirenin,

infertilite tanı ve tedavisinin neden olduğu fiziksel ve ruhsal sorunları belirleme ve cinsel sorunları bulunan bireylere yardım etmede çok önemli sorumluluğu vardır. Cinsel yaşamın sorgulanması ve hemşirelik bakım hizmetlerinde bütüncül yaklaşım önemlidir.<sup>[9-13]</sup>

Cinsel danışmanlık ve rehberlikte görüşmenin başlatılması zordur. Modellerin kullanılması görüşmenin başlatılmasına yardımcı olmaktadır. Hemşirelerin hasta cinselliğini değerlendirmede profesyonel olarak cinsel tanılama modellerinin kullanımı ile cinselliğin sorgulanması ve değerlendirilmesinin daha sağlıklı ve etkili olacaktır. Hemşirelik rollerinin içerisinde danışmanlık öne çıkmaktadır. Cinsel danışmanlık konusunda hemşireler genellikle kendilerini yetersiz hissetmekte ve cinsel öykü alma konusunda güçlük yaşamaktadır. Danışmanlık hizmeti, infertilite alanında da çok önemlidir. Cinsel yaşamın sorgulanmasında kullanılan modeller ile bu süreç hemşirelerin sunduğu cinsel danışmanlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artıracaktır.<sup>[10,11,42]</sup>

Birey/çiftin, infertiliteye ilişkin yaşadığı sorunların ifade edebilmeleri eşlerin birbirlerini desteklemeleri ve baş etme mekanizmalarını kullanabilmeleri infertilite tanı ve tedavi sürecinde verilebilecek danışmanlık hizmeti ile mümkündür. Danışmanlık hizmetlerinin birey/çiftlerin cinsel yaşam kalitesinin artırılmasında ve CİB'nin önlenmesinde ve tedavide başarı elde edilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.<sup>[10,11,14]</sup>

İnfertilite tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında infertil bireylerle çalışan hemşirelere cinsel sağlığın korunması, gelişimi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin infertil bireylerin cinsel yaşamlarını değerlendirmede, özellikle cinsel danışmanlık ve rehberlikte ALARM cinsel yanıt modeli, P-LI-SS-IT, BETTER ve KAPLAN gibi modellerin kullanımı önerilmektedir. Cinsel danışmanlık ve rehberlikte kullanılan bu modeller; hemşirelere hastalarıyla cinsel sağlık konusunu tartışmalarını sağlayan, etkili bir değerlendirme imkanı sunan araçlardır.<sup>[17,42,43]</sup>

İnfertilite tanı ve tedavisi CİB için önemli bir risk faktörüdür ve bu nedenle birey/çiftte cinsel yaşamın sorgulanması önemlidir.<sup>[35]</sup> Pınar çalışmasında, Türkiye'de hemşirelerin yaklaşık dörtte birinin cinsel danışmanlık verdiğini ve hastaların ise sadece %25,2'sinin cinsel danışmanlık talebinde bulduklarını bildirmiştir.<sup>[9]</sup> Literatürde yer alan çalışmalarda hemşirelerin birey/çiftte cinsel yaşamın mutlaka sorgulanması gerekliliğine inanmalarına karşın çoğunlukla göz ardı edilen bir konudur.<sup>[17,44-46]</sup>

İrlanda'da koroner kalp hastalarının tedavi olduğu klinikte yapılan bir çalışmada sağlık profesyonellerinin %70'inin

hastaların cinsel yaşamını hiç sorgulamadığı belirlenmiştir. Sorgulamama nedenleri olarak cinsellikle ilgili problemlerin çözümüne yönelik bilgilerine güvenmedikleri ve yetersiz hissettikleri tespit edilmiştir. Sağlık profesyonellerinin %27'sinin hastalarda cinselliği sorguladığı, ancak sorgulama esnasında herhangi bir rehber modelin kullanılmadığını bildirmiştir.<sup>[26]</sup>

Uslu ve ark. (2016) model rehberliğinde verilen cinsel danışmanlığın etkinliği değerlendirmek amacıyla yaptığı sistematik derleme sonucunda; model kullanımının birey/çiftlerin cinsel yaşamının sistemli değerlendirilmesi sonucunda CİB'sinde iyileştirici etkileri olduğunu saptamışlardır.<sup>[47]</sup>

Hemşirelerin cinselliği ele almaya yönelik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi, iletişim sürecinde daha rahat olabilmeleri ve bu rahatlığı uygulamalarına yansıtılabilmeleri için desteklenmesi gerekir.<sup>[15,18]</sup>

## CİNSEL DANIŞMANLIKTA BETTER MODELİ

BETTER modeli bazı kelimelerin baş harflerinin bir araya gelmesinden oluşan bir modeldir. BETTER modeli birey ile işbirliğini sağlayarak, bireyin inançlarını, kararlarını anlama ve saygı duyma kuralını destekler niteliktedir. BETTER Modeli Mick ve Hughes tarafından 2003 yılında onkoloji hemşirelerinin kullanımı için geliştirilen bir modeldir. BETTER modeli cinsel danışmanlıkta uygun adımlar sunarak hastalara bütüncül bakım verilmesinde infertilite hemşirelerine yardımcı olabilir.<sup>[15,17,18]</sup>

## BETTER MODELİ BASAMAKLARI

**B– Konuyu gündeme getirmek (Bringing up the topic):** Kadınlara, cinsel yaşamları ile ilgili sorunlarını ifade etmesine yardımcı olmak ve kadınların duygularını anlamaya çalışarak uygun tedavi ortamı hazırlamak bu basamakta esastır. Cinsellik ile ilgili yöneltilen açık uçlu sorular dikkatli bir şekilde seçilerek kadınların duygularını açıkça ifade etmesi sağlanmaktadır. Örneğin; “İnfertilite tedavisi sonrası birey/çiftler cinsel yaşamları hakkında sorular sorar. Sizin de cinsel yaşam hakkında sormak istedikleriniz varsa çekinmeden sorabilirsiniz.”

**E– Cinselliğin insan hayatında önemli olduğunu açıklamak (Explaining that sex is an important part of quality of life):** Cinselliğin insan hayatında önemli olduğunu belirtilmesi, kadınların cinsellik hakkında daha rahat konuşmasına yardımcı olur.

**T– Hastaya endişelerine ilişkin yeni kaynaklar bulacağını ve yardımcı olacağını söyleme (Telling patients that resources will be found to adres their concerns):** Kadının

danışmanlık boyunca yaşadığı zorlukları, deneyimleri ve zorluklarla nasıl başa çıktığı paylaşılır ve gerektiğinde kadın ve eşi ilgili uzmana yönlendirilir. Örneğin; “A. Hanım cinsel ilişki sırasında niçin ağrınız olduğundan emin değilim. Doktor B. ile bugün bu konu hakkında görüşeceğim veya isterseniz sizin uygun olduğunuz bir zamanda randevu ayarlayabiliriz”.

**T– Görüşme zamanının belirlenmesi (Timing of intervention):** Cinsel konuları konuşmaya hazır olmayan bireyler için verilecek cinsel danışmanlığın seanslara bölünerek planlandığı basamaktır.

**E– Tedavinin yan etkileri konusunda danışmanlık (Education regarding sexual side effect of treatment):** Kadınlara konu ile ilgili broşür ve çeşitli eğitim materyalleri hazırlanarak uygulanan tedavinin cinsellik üzerindeki etkilerine (rol ve ilişkiler, sosyal ilişkiler ve cinsel yaşam) yönelik bilgi verir. Bu konudaki endişelerin ortadan kaldırılması planlanır. Örneğin: “Bazı kadınlar infertilite tedavisi sonrası orgazm olamadıklarını ifade ediyor. Siz de böyle bir durum yaşadınız mı?”

**R– Kaydetme (Recording):** Hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde yaşanabilecek cinsel sorunlar hakkında birey/çift ile yapılmış görüşme özeti danışman tarafından kaydedilir (Tablo 1).<sup>[15-17]</sup>

Avustralya'da 2013 yılında fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezinde 24–60 yaş aralığında olan 14 hastaya (sekiz kadın, altı erkek) deneyimli psikiyatri hemşireleri tarafından BETTER modeli kullanılarak yapılan cinsel görüşmeler sonucunda; hastalarda kaygı ve stres düzeyinde azalma ve hastaların cinselliğini değerlendirmede sonuçların olumlu olduğu bildirilmiştir.<sup>[18]</sup> Onkoloji hemşireleri için geliştirilen BETTER modeli sadece onkoloji alanı ile sınırlı kalmamış, diğer klinik alanlarda da kullanılmıştır.<sup>[14-18]</sup> Ölçer ve Oskay meme kanserli hastalara “BETTER” modelini kullanarak cinsel sağlık eğitimi verdikleri çalışmada kadınların kayganlaşma, orgazm, ağrı ve cinsel sağlık ile ilgili ölçek puanlarının iyileştiğini ve beden imajı puanlarının arttığını belirlemiştir.<sup>[48]</sup>

Demir ve Aslan'ın çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olan infertil kadınlara “BETTER” modelini kullanarak toplam iki oturumda cinsel danışmanlık seansları verilmiştir. Çalışma sonucunda cinsel danışmanlık alan deney grubunda yer alan infertil kadınlarda cinsel doyumun arttığını, kadınların kayganlaşma, orgazm, ağrı ve cinsel sağlık ile ilgili ölçek puanlarının iyileştiği bildirilmiştir. Cinsel danışmanlık sonrası cinsel sorunların tam olarak çözüme ulaştırılmasına da CİB'sine ilişkin olumlu değişimler BETTER modelin etkinliğini göstermektedir.<sup>[49]</sup>

**Tablo 1.** İnfertilitede BETTER modeline dayalı cinsel danışmanlığın içeriği

BETTER (Model)	Konu	İçerik/Materyal
1. Basamak <b>Konuyu gündeme getirmek</b> (Bringing up the topic)	Hasta Tanılama/Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tanışma</li><li>• Veri toplama (Tanıtıcı Bilgi Formu, Cinsel Öykü Formu vb.)</li></ul>
2. Basamak <b>Cinselliğin hayatın önemli bir parçası olduğunu açıklamak</b> (Explaining that sex is an important part of quality of life)	Cinsellik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bilgilendirme</li><li>• Cinselliğin tanımı, fizyolojisi</li><li>• Cinsel sağlık</li><li>• Cinsel haklar</li></ul>
3. Basamak <b>Hastalara kaygıları ile ilgili yeni kaynaklar bulacağını söyleme</b> (Telling patients that resources will be found to adres their concerns)	İnfertilite ve Cinsel Yaşam/Psikososyal Durum	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kadının infertilite tanı ve tedavisi süresince karşılaştığı stresörler ve problemler ile nasıl başa edebileceğine yönelik girişimler</li><li>• Kadınların psikososyal durumunu belirleme (Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği vb.)</li><li>• Kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu belirleme (Golombok-Rust Cinsel Doğum Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev İndeksi vb.)</li><li>• Gerektiğinde kadını/çifti ilgili uzmana yönlendirme</li></ul>
4. Basamak <b>Görüşmenin zamanlanması</b> (Timing of intervention)	Görüşme Zamanının Belirlenmesi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Danışmanlık için randevu planlanlama</li></ul>
5. Basamak <b>Tedavinin yan etkileri konusunda eğitim</b> (Education regarding sexual side effect of treatment)	Danışmanlık (2 seans)	<ul style="list-style-type: none"><li>• İnfertilitede cinsel işlev bozukluklarının yönetimi/önerilerin anlatımı</li><li>• Cinsel işlev bozukluklarının yönetimine ve cinsel doyumun artırılmasına yönelik egzersizlerin anlatımı (Cinsel birleşme pozisyonları, Kegel egzersizi, bedeni keşfetme egzersizi, cinsel organları keşfetme egzersizi, mastürbasyon egzersizi vb.)</li></ul>
6. Basamak <b>Kaydetme</b> (Recording)	Tartışma/Cinsel Danışmanlığın Değerlendirilmesi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verilen danışmanlığın kısa bir özetini kaydetme</li></ul>

BETTER Modeli onkoloji hemşireleri için geliştirilmiş bir model olması sebebiyle, infertilite alanında kullanımı yaygın değildir. Uluslararası ve Türkiye’de yapılan araştırmalar incelendiğinde; infertil kadınlara BETTER modeli kapsamında cinsel danışmanlık verilen çalışmalar sınırlıdır. Literatürde yer alan birçok çalışmada BETTER modelinin kullanımı ile hemşirelik bakımının önemli bir parçası olan cinsel yaşamın sorgulanması ve gerekli olduğu durumlarda tedavi için yönlendirmede önemli bir rehber olduğu ve kliniklerde sıkça kullanıldığı vurgulanmıştır. İnfertilitede BETTER modelinin kullanılmasıyla cinsel sağlığın sürdürülmesine katkı sağlanabilir.<sup>[17,18]</sup>

## SONUÇ

Birey/çiftlerin yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan cinsel yaşam, hemşirelik bakım alanlarından biridir. BETTER Modeli onkoloji hemşireleri için geliştirilmiş bir model olması sebebiyle, infertilite alanında yapılmış çalışmalar sınırlıdır. İnfertil yönelik BETTER modeline dayalı cinsel danışmanlık birey ile işbirliğini sağlayarak, bireyin inançlarını, kararlarını anlama ve saygı duyma kuralını

destekler niteliktedir. Cinsel yaşamın sorgulanmasında kullanılan BETTER modeli ile hemşirelerin sunduğu cinsel danışmanlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğinin artmasına yardımcı olacaktır.

İnfertil hastalara yönelik cinsel danışmanlık hizmetleri hakkında yapılan çalışmalar sınırlıdır. Cinsel danışmanlık hemşirelik bakımına entegre edilmelidir. Bu konuya ilişkin çalışmaların yapılması ve cinsel danışmanlık esnasında model ile yürütülmesi ve bu konuda kilit rol oynayan hemşirelerin hizmet içi eğitimleri ile desteklenmesi önemlidir.

### Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız

### Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan etmişlerdir.

### Finansal Destek

Herhangi bir mali destek alınmamıştır.

### Peer-review

Externally peer-reviewed.

### Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

### Financial Disclosure

No financial support has been received.

## KAYNAKLAR

1. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004;63:126–30. [CrossRef]
2. Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya BN. İnfertilite ve kültür. *Florence Nighthingale Hemşirelik Derg* 2011;19:109–15. <https://fnjn.org/Content/files/sayilar/168/2.pdf>
3. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current practices and controversies in assisted reproduction. Report of a meeting on “medical, ethical and social aspects of assisted reproduction” held at WHO headquarters in Geneva. Switzerland. 17–21 September 2001. Geneva: World Health Organization; 2002. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42576/9241590300.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Aydın S, Kızılkaya Beji N. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg* 2013;10:8–13. [https://jag.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD\\_10\\_2\\_8\\_13.pdf](https://jag.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_10_2_8_13.pdf)
5. Cetişli NG, Serçekuş P, Oğuz N. Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg* 2014;16:38–47. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/986316>
6. Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Seibring AR, Showstack MT, Applegarth L, et al. Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2008;23:554–66. [CrossRef]
7. Oskay ÜY, Bayram GO, Dişsiz M. İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri. İçinde: Kızılkaya Beji N, editör. *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Acar Basım, Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını; 2009. p.177–95.
8. Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogstrom L, Janson PO, et al. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4–5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:683–91. [CrossRef]
9. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Derg* 2010;52:241–7. [http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_33454/GMJ-52-241-En.pdf](http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_33454/GMJ-52-241-En.pdf)
10. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. *J Sex Med* 2011;4:29–33. [CrossRef]
11. Ölçer Z, Oskay Ü. Kanser hastalarına yönelik BETTER modeline dayalı cinsel danışmanlık. *Androloji Bult* 2020;22:177–82. [CrossRef]
12. Bal DM. Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg* 2014;11:38–42. [https://jag.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD\\_11\\_3\\_38\\_42.pdf](https://jag.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_11_3_38_42.pdf)
13. Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg* 2013;16:182–9. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29639>
14. Jolley S. Taking a sexual history: the role of the nurse. *Nurs Times* 2002;98:39–41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12035446/>
15. Mick J, Hughes M. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs* 2004;8:84–8. [https://cjon.ons.org/sites/default/files/P00801607440MJ3X\\_first.pdf](https://cjon.ons.org/sites/default/files/P00801607440MJ3X_first.pdf)
16. Wright D, Pugnaire-Gros C. Let’s talk about sex: Promoting staff dialogue on a mental health nursing unit. *J Nurs Staff Dev* 2010;26:250–5. [CrossRef]
17. Quinn C, Happell B. Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:154–62. [CrossRef]
18. Quinn C, Cert PN, Dip G, Happell B. Talking about sexuality with consumers of mental health services. *Persp Psychiatr Care* 2013;49:13–20. [CrossRef]
19. World Health Organization (WHO). Developing sexual health programmes; 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/705011/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/705011/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf)
20. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT. Sexual dysfunction. In: Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, editors. *The Social Organization of Sexuality. Sexual practices in the United States*, 1st ed. Chicago: University of Chicago Press; 1994. p.368–74.
21. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C; GSSAB Investigators’ Group. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *Br J Urol Int* 2008;101:1005–11. [CrossRef]
22. Geiss IM, Umek WH, Dungal A, Sam C, Riss P, Hanzal E. Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. *Urology* 2003;62:514–8. [CrossRef]
23. İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arş* 2011;48. [CrossRef]
24. Tashbulatova D, Arıdoğan İA, İzol V, Ürünsak İF, Doran Ş. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: Depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Derg* 2013;33:91–7. [CrossRef]
25. Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunctions. *Int Soc Sex Med* 2008;5:289–300. [CrossRef]
26. Byrne M, Doherty S, McGee H, Murphy AW. General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. *BMC Fam Prac* 2010;11:1–7. [CrossRef]
27. Verhaak CM, Lintsen AM, Evers AW, Braat DD. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction* 2010;25:1234–40. [CrossRef]
28. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5:162–78. [CrossRef]
29. The Fertility Society of Australia (FSA). *Andrology Australia. Male Infertility*; 2014. <https://www.andrologyaustralia.org/wp-content/uploads/Male-Infertility-Guide-WEB.pdf>
30. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunc* 2009;20:33–43. [CrossRef]
31. Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Is infertility risk factor for female sexual dysfunction? a case-control study. *Fertil Steril* 2010;94:2022–6. [CrossRef]
32. Tayebi N, Ardakani SMY. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *Eur J Gen Med* 2009;6:74–7. <http://www.bioline.org.br/pdf?gm09018>
33. Bakhtiari A, Basirat Z, Nasiri-Amiri F. Sexual dysfunction in women undergoing fertility treatment in Iran: prevalence and associated risk factors. *J Reprod Infertil* 2016;17:26–33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769852/>
34. Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. *Middle East Fertil Soc J* 2013;18:187–90. [CrossRef]
35. Bayar OU, Basaran M, Atasoy N, Koktürk F, Arıkan I, Barut A, et al. Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *J Pak Med Assoc* 2014;64:138–45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24640800/>

36. Keskin U, Çoksuer H, Güngör S, Ercan CM, Kardeşahin KE, Başer I. Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertil Steril* 2011;96:1213–7. [CrossRef]
37. Turan V, Kopuz A, Özcan A, Kocakaya B, Sahin C, Solmaz U. İnfertil Türk kadınlarında seksüel disfonksiyon: sıklığı ve risk faktörleri. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;182:128–31. [CrossRef]
38. World Association for Sexual Health (WAS). Working definitions after WHO technical consultation on sexual health; 2005. <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/working-definitions-after-who.pdf>
39. Aşçı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite danışmanlığı. *Florence Nigthingale Hemşirelik Derg* 2012;20:154–9. [https://fnjn.org/Content/files/sayilar/165/\\_\\_\\_NFERT\\_\\_\\_L\\_\\_\\_TE%20DANI\\_\\_\\_MANLI\\_\\_\\_I%5B%23112252%5D-95105.pdf](https://fnjn.org/Content/files/sayilar/165/___NFERT___L___TE%20DANI___MANLI___I%5B%23112252%5D-95105.pdf)
40. Allan HT. The anxiety of infertility: The role of the nurses in the fertility clinic. *Hum Fertil* 2013;16:17–21. [CrossRef]
41. Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? *Eur J Oncol Nurs* 2012;16:426–31. [CrossRef]
42. Katz A. Do ask, do tell why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *Am J Nurs* 2005;105:66–8. [CrossRef]
43. Taylor B, Davis S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sex Disabil* 2007;25:135–9. [CrossRef]
44. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E. Nurses knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. *Support Care Cancer* 2009;17:479–501. [CrossRef]
45. Sis Çelik A, Kırca N. Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg* 2018;21:104–14. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/503039>
46. Gülpınar N, Başkaya S, Yeşilbudak Z, Boz İ. İnfertilite tedavisi sırasında kadınların algıladıkları bakım davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg* 2019;16:21–6. [CrossRef]
47. Uslu E, İnfal S, Ulusoy MN. Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016;8:52–63. [CrossRef]
48. Ölçer ZÖ, Oskay Ü. Meme Kanseri Hastalarının Cinsel Sorunlarına Yönelik BETTER Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi. *İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul; 2019.*
49. Demir S, Aslan E. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan İnfertil Kadınlarda Cinsel Danışmanlığın Cinsel Sağlığa Etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul; 2016.*