

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN CİNSEL
YAŞAM KALİTESİ, İLİŞKİLERİNDEKİ MUTLULUK
DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Yeliz ATAY

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

İSTANBUL-2017

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN CİNSEL
YAŞAM KALİTESİ, İLİŞKİLERİNDEKİ MUTLULUK
DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Yeliz ATAY
132038016**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

İSTANBUL-2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

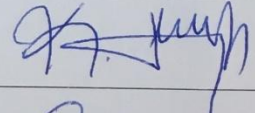
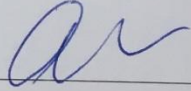
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

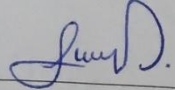
ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Yeliz ATAY Öğrenci No : 132038016
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 05.05.2017
Danışman : Yrd.Doç.Dr. K.Derya Beydağ Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ	KABUL	
Yrd.Doç.Dr. Elçin Babaoğlu (Üsküdar Ün.)	KABUL	
Yrd.Doç.Dr. Fatma Coşar Çetin (Medeniyet Ün.)		

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal	KABUL	

ÖZET

Bu çalışma, infertilite nedeniyle tedavi alan kadınların cinsel yaşam kaliteleri, ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, 2014-2015 yılları arasında belirlenen aylarda Anadolu Sağlık Merkezi hastanesine tüp bebek tedavisi için başvuran 639 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem belirlemede, evrenin belli olduğu durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılmış ve 187 hasta örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, Aralık 2014- Haziran 2015 tarihleri arasında, Kocaeli ilinde hizmet veren Anadolu Sağlık Merkezi hastanesi tüp bebek kliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, evli olan, tüp bebek tedavisi için başvuran, okuma yazma bilen, herhangi bir zihinsel engeli olmayan, Türkçe konuşup yazan 187 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında kadınların tanımlayıcı özelliklerini içeren anket formu, Türkçe geçerliliği Turgut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmış olan Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) ve Kışlak (2002) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı- yüzdeler hesaplamaları, t testi ve tek yönlü varyans analizi, Scheffe testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışma kapsamında yer alan kadınların %48,1'inin 2-5 yıldır evli olduğu, %13,4'ünün çocuğu olduğu ve %34,8'inin daha önce gebe kaldığı belirlenmiştir. Kadınların %65,8'i 1 yıldır infertilite tedavisi gördüğünü, %46,5'i üç kez ve üzeri sayıda yardımcı üreme tekniği tedavisi uygulandığını ve %41,7'si infertilite nedeninin belli olmadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların "cinsel yaşam kalitesi" düzeyi (89,736±9,898); "ilişkilerde mutluluk" düzeyi (37,604±2,752) olarak saptanmıştır. Kadınların, yaş grubu, mesleği, eşinin öğrenim durumu, eşinin mesleği, evlilik süresi, çocuğu olma durumu, daha önce gebe kalma durumu, infertilite tedavi süresi, uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı ve infertilite sorunun kime ait olduğu ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Kadınların, yaş grubu, mesleği, evlenme şekli, evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuğu olma durumu, infertilite tedavi süresi ve

infertilite sorunun kime ait olduğu İle İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile İlişkilerde Mutluluk ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$)

Sonuç olarak, infertil bireylerle çalışan hemşirelerin cinsel yaşam kalitesini etkileyen etmenleri yakından takip etmesi ve eşleri gereksinim duydukları alanlarda diğer sağlık disiplinlerine yönlendirmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Mutluluk, Cinsellik, Cinsel Yaşam.



ABSTRACT

THE SEXUAL QUALITY OF LIFE AMONG WOMEN TREATED FOR INFERTILITY, THEIR RELATIONSHIP HAPPINESS LEVELS AND INFLUENCING FACTORS

This study was performed as a descriptive study to determine the sexual quality of life, the relationship happiness levels and influencing factors among women being treated for infertility.

The universe of the research is comprised of 639 patients that applied to the Anadolu Health Center Hospital for in vitro fertilization treatment between 2014-2015. To determine the sample of the research, in conditions where the universe was certain the sample calculation formula was used, and 187 patients were included in the sample.

The sample of the study included 187 women that applied to the in vitro fertilization clinic of the Anadolu Health Center Hospital that operates in the city Kocaeli between December 2014 and June 2015 that agreed to participate in the study, were married, applied for in vitro fertilization treatment, knew how to read and write, had no mental disabilities and were literate in Turkish. To gather data, a survey form that included the descriptive characteristics of the women, the Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F) questionnaire of which the Turkish validity study was performed by Turgut and Gölbaşı in 2010, and the Relationship Happiness Questionnaire (RHQ) of which the validity and reliability study was performed by Kışlak (2002) were used. Numbers and percentage calculations, the t-test and one-way variance analysis, the Scheffe test, and the Pearson's correlation analysis were used to evaluate the data.

It was identified that 48.1% of the women included in the study were married for 2-5 years, 13.4% had children, and 34.8% had been pregnant before. Among the women, 65.8% expressed that they were being treated for infertility for one year, 46.5% reported that three or more assisted reproductive techniques were applied, and 41.7% stated that the cause of their infertility was not established. The "sexual quality of life" among the women that participated in the research was determined as 89.736 ± 9.898 and the "relationship happiness levels" as 37.604 ± 2.752 . There was a statistically significant difference between the age group, profession, spouse's education level, spouse's profession, duration of the marriage, having a child, having been pregnant before, the duration of infertility treatment, the number of assisted reproductive

techniques applied, and who the infertility score belonged to and the average Sexual Quality of Life Questionnaire (SQOL - F) score ($p < 0.05$). A statistically significant difference was detected between the age group, profession, marriage type, age at marriage, duration of the marriage, having a child, duration of infertility treatment, and who the infertility problem belonged to and the average relationship happiness questionnaire (RHQ) score ($p < 0.05$). No statistically significant relationship was identified between the Sexual Quality of Life Questionnaire and the Relationship Happiness Questionnaire (RHQ) ($p > 0.05$).

As a results of the study, it is recommended that nurses who work with infertile individuals closely monitor factors that influence the quality of sexual life and refer spouses to other health disciplines in accordance with their needs.

Keywords: Infertility, Happiness, Sexuality, Sexual Life.

ÖNSÖZ

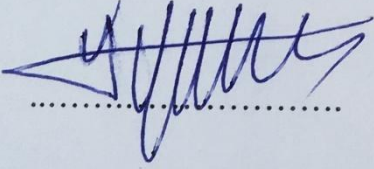
Bu çalışma, infertilite tedavisi gören kadınların ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve cinsel yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamı yaparken bana destek olan, bilgi ve tecrübeleri ile araştırmama ışık tutan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a, varlıkları yaşam kaynağım olan sevgi dolu oğullarım Efe Kayra Atay ve Ege Kuzey Atay'a benim için mutluluk kaynağı olan, her zaman beni sabırla destekleyen eşim Ömer Özgür Atay'a, her konuda büyük fedakârlıklarda bulunarak yetişmemi sağlayan, hep yanımda olan annem Müzeyyen Yaşar, babam Avni Yaşar ve ablam Yeşim Tiryaki'ye ve bu süre zarfında yanımda olan desteklerini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Yeliz ATAY

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



Yeliz ATAY

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri.....	31
Tablo 2. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeyleri.....	34
Tablo 3. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları.....	34
Tablo 4. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamaları.....	35
Tablo 5. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Mesleğe Göre Ortalamaları.....	36
Tablo 6. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Eşin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamaları.....	37
Tablo 7. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin eşin mesleğine Göre Ortalamaları.....	38
Tablo 8. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Evlenme Şekline Göre Ortalamaları.....	39
Tablo 9. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Evlilik Yaşına Göre Ortalamaları.....	39
Tablo 10. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Evlilik Süresine Göre Ortalamaları.....	40

Tablo 11. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Ortalamaları.....	41
Tablo 12. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Daha Önce Gebe Kalma Durumuna Göre Ortalamaları.....	42
Tablo 13. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin İnfertite Tedavi Süresine Göre Ortalamaları.....	42
Tablo 14. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Uygulanan Yardımcı Üreme Tekniği Sayısına Göre Ortalamaları.....	43
Tablo 15. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin İnfertilite Sorunun Kime Ait Olduğuna Göre Ortalamaları.....	44
Tablo 16. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi İle İlişkilerde Mutluluk Düzeyleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	45

KISALTMALAR

APB : Amerikan Psikiyatri Birliği

CYKÖ : Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

IVF : İn Vitro Fertilizasyon (Tüp Bebek)

KCFB : Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

s. : Sayfa

vb. : ve benzeri

vd. : ve diğerleri

YÜT : Yardımcı Üreme Teknikleri

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ÖNSÖZ	vi
BEYAN	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	2
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İnfertiliteye Genel Bakış	5
2.1.1. İnfertilitenin Tanımı	5
2.1.2. İnfertilite İnsidansı	5
2.1.3. İnfertilitenin Nedenleri.....	6
2.1.4. İnfertilitenin Etkileri	6
2.1.4.1. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri	6
2.1.4.2. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri	7
2.1.5. İnfertilite Krizi	8
2.1.6. İnfertilitenin Tanılanması	10
2.1.7. İnfertilitenin Tedavisi	11
2.1.8. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT).....	11
2.1.8.1. Ovulasyon İndüksiyonu (ilaç tedavisi).....	12
2.1.8.2. Cerrahi Tedavi.....	12
2.1.8.3. Artifişyel İnseminasyon (Aİ)	12

2.1.8.4.	In Vitro Fertilizasyon – Embriyo Transfer (IVF-ET).....	13
2.1.8.5.	Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)	13
2.1.8.6.	Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT).....	13
2.1.8.7.	Subzonal Sperm İnseriyonu (SUZI)	13
2.1.8.8.	Mikromanipulasyon	13
2.1.9.	İnfertilite İle Baş Etme Yöntemleri.....	14
2.1.10.	İnfertilitenin Çiftler Üzerine Etkileri	14
2.1.11.	İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerindeki Etkileri	15
2.2.	İnfertilite ve Cinsel Yaşam	16
2.2.1.	Cinsellik Kavramları	16
2.2.2.	Cinsel Yanıtta Etkin Üreme Organları.....	18
2.2.3.	Cinsel İşlevler	19
2.2.3.1.	İstek.....	19
2.2.3.2.	Heyecan	19
2.2.3.3.	Plato	19
2.2.3.4.	Orgazm	20
2.2.3.5.	Çözülme	20
2.2.4.	Kadın Hormonlarının Cinsel Yaşamdaki Etkileri.....	20
2.2.5.	Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları	21
2.2.5.1.	Cinsel İstek Bozuklukları.....	23
2.2.5.2.	Cinsel Uyarılma Bozuklukları.....	23

2.2.5.3.	Orgazmik Bozukluklar	23
2.2.5.4.	Cinsel Ağrı Bozuklukları	23
2.2.6.	Kadında Cinsel Yaşam Kalitesi	24
2.2.7.	İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi.....	24
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1.	Araştırmanın Tipi	27
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4.	Veri Toplama Araçları	28
3.5.	Araştırmanın değişkenleri.....	29
3.6.	Verilerin Analizi	29
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	29
3.8.	Araştırmanın Etik İlkeleri.....	30
4.	BULGULAR.....	31
5.	TARTIŞMA	47
5.1.	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)'ne Yönelik Bulguların Tartışılması.....	47
5.2.	İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ)'ne Yönelik Bulguların Tartışılması ..	56
5.3.	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) ile İlişkiler Mutluluk Ölçeği (İMÖ)'nin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	65
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
	KAYNAKÇA	70
	EKLER	78
	EK-1: Anket Formu.....	78
	EK-2: ETİK KURUL ONAYI	82
	EK-3 : ÖZGEÇMİŞ	83

1. GİRİŞ

İnfertilite en az bir yıl korunmasız cinsel ilişkide bulunmasına rağmen, gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanır. Çiftlerin % 8-16'sı yaşamlarının herhangi döneminde çocuk sahibi olmakla alakalı zorluklar yaşamaktadırlar (1).

Çocuk sahibi olmak, bir bireyin hayatının önemli aşamalarından biridir. Sağlıklı ve başarılı çocuklara sahip olmak, her evli çiftin arzu ettiği bir olgudur (2). İnfertilite, eşleri psikolojik olarak etkileyen, duygusal olarak stresli yapan, ekonomik olarak da pahalı olan bir yaşam krizidir. İnfertilite sadece jinekolojik bir rahatsızlık değil, psikolojik, biyolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan bir sağlık sorunudur.

Genel olarak infertilitenin psikososyal etkileri, insan yaşamının kalitesinin bileşenlerini olumsuz olarak etkiler. En çok etkilenen alanlar; emosyonel davranışlar, mental sağlık, psikoloji, çevre, fiziksel ve sosyal fonksiyonlardır. Ayrıca infertil kadınlar, infertil erkekler ile karşılaştırıldığında, infertil kadınların yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiği görülmüştür.

Aile olmanın en temel işlevlerinden biri olan neslin devamını getirmede başarısız olan çiftler, aralarındaki ilişkilerde olumsuzluklar yaşarlar. İnfertilite, çiftlerin yaşantılarında daha önce ne türlü başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz olduğu için, çiftler hem bireysel hem de evlilik ilişkileri açısından çok etkilenirler (3).

Üreme içgüdüğü, insanların temel içgüdülerinden biridir. Evli olan bireylerin çoğunluğu çocuk sahibi olmayı planlamaktadır (2). İnfertilite tedavisinde çiftler üreme fonksiyonları üzerinde çok da kontrollerinin olmadığını farkına varırlar. İnfertil çiftler için gebelik benlik saygısının, beden ve cinsel işlevlerdeki mahremiyetin, yaşam ve amaçları üzerindeki kontrollerinin kaybı söz konusudur.

Genellikle Doğulu toplumlarda cinsel beraberlikten beklenen sonuç çocuk sahibi olmaktır. Soyun devam etmesi konusundaki ailevi ve sosyal baskılar, infertilite tedavisinin beraberinde getirdiği fiziksel, ruhsal ve mali sorunlar infertil çiftler üzerinde büyük yük oluşturmaktadır. Çocuk sahibi olmak, ekonomik bir güç ve aile büyüklerine bakılacağına bir garantisi olarak algılandığı toplumlarda,

insanlar çocuksuz oluşlarını kusurluluk, statü düşüklüğü ve yetersizlik olarak görebilmektedir (4). Diğer bir yandan infertilite, bireylerin hayatlarındaki kontrollerinin kaybı duygusuna sebep olmaktadır.

İnfertilitenin kadın ve erkek bireylerin dünyasında oluşturduğu etkilerini inceleyen araştırmalarda; infertilite süreci boyunca hangi eşin üreme bozukluğunun olduğuna bakılmaksızın, girişimsel müdahalelerin yükünün altına giren, menstruel sikluslarının izleminden sorumlu olan ve tedavi rejimlerini uygulamak için hayatlarındaki diğer programlarını aksatanların çoğunlukla kadınlar olduğu görülmüştür. Kısacası üreme bozukluğu erkekte olsa dahi, infertilitenin psikolojik yükünün kadınların taşıdığı bildirilmiştir (5).

Yapılan araştırmalara göre infertilite kadınlar tarafından çoğunlukla annelik kimliğine yapılan bir saldırı olarak düşünmekte ve bunun neticesinde kendilerine güvenlerinde azalma oluşmaktadır. Ayrıca kadınlar infertiliteyi geçmişte yaşadıkları cinsel deneyimleri, düşüklüğü, oral kontraseptif kullanımları için bir cezalandırma gibi göreyerek yoğun suçluluk duygusu yaşamaktadır. Erkeklerde; infertilite kaynağı kendileri olduğu zaman stres seviyeleri artmakta, cinsel performans endişesi oluşmakta, kendilerine olan güvenleri azalmakta ve sosyal rollerinde yetersizlik yaşamaktadırlar. Ayrıca kadın ve erkeklerin infertilite ile baş etme yöntemlerini araştıran bir uygulamada; erkek bireylerin kadınlara göre daha iyimser yaklaştıkları, problem çözmede de daha başarılı oldukları saptanmıştır. Ancak erkeklerin kadınlara kıyasla sosyal destek kullanımlarının kadınlara nazaran daha az olduğu bildirilmektedir. İnfertilite şahsa ait bir sorun olmaktan çok çiftin bir sorunudur. Bu yüzden çiftlerin hem evlilik hayatları hem de cinsel hayatları etkilenmektedir (4).

Özetleyecek olursak infertilite, eşlerin sosyal hayatlarını, evlilik ilişkilerini, duygusal durumlarını, gelecekle ilgili planlarını, cinsel yaşamlarını, beden imgesini ve benlik saygılarını olumsuz etkileyen bir yaşam krizidir. İnfertilite tedavisi duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, fiziksel olarak ağırlı, uyum mekanizmalarını zorlayan bir süreçtir. Bu sebeple infertil çiftlerde değersizlik, suçluluk hissi ve depresyon gelişebilmektedir.

Bu kapsamda hazırlanan araştırmanın problem cümlesi, infertilite tedavisi gören kadınların ilişkilerindeki mutluluk düzeyleri ile cinsel yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığıdır.

Bu araştırma, infertilite nedeniyle tedavi alan kadınların ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve cinsel yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertiliteye Genel Bakış

2.1.1. İnfertilitenin Tanımı

Çiftlerin en az bir yıl süresince hiçbir doğum kontrol yöntemini kullanmaksızın, düzenli olarak cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen çocuk sahibi olamamaları olarak tanımlanmaktadır (6).

İnfertilite de bir yıllık süre, 35 yaşını geçmiş kadınlar için altı ay kabul edilir. Bu anlatıma göre gebe kalamayan ya da gebelik oluşsa da perinatal dönemde (yirminci haftasından doğum gerçekleşene kadar geçen fetüs hayatına ait dönem) gebeliği sonlanan kadınlar infertil kabul edilir. Hiç çocuk sahibi olamayanlara konan tanı birincil infertilite, daha önceden çocuk sahibi olmuş olanlara konan tanı ikincil infertilitedir. İnfertilite üreme çağında olanların %10-15'ini etkiler. Gebelik olasılığının hiç olmaması durumunda konulan tanı ise sterilitedir ve çiftlerin %5'ini etkilemektedir (7).

2.1.2. İnfertilite İnsidansı

İnfertilite üreme çağına gelen kadınların yaklaşık olarak %8-10'unu ilgilendiren, kişisel ve aile içi sorunlara sebep olan, bölgeden bölgeye nedenleri ve sıklığı değişen bir sorundur. İnfertilite üreme sağlığı sorunu olarak son yirmi yılda daha fazla ilgi görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 60-80 milyon arasında infertil çift olduğunu tahmin etmektedir (8).

İnfertilitenin nedenleri birçok ülkede benzerlik gösterdiği halde infertilitenin sıklığı pek çok ülkede ve hatta aynı ülkenin beldeleri arasında farklılık gösterebilmektedir. Mesela; toplumların sosyal ve kültürel yapı farklılıklarına göre infertilite insidansı da farklılık gösterebilmektedir. Çocuk sahibi olabilmek için tedavi merkezlerine başvuran eşlerde infertilitenin tanımlanması, infertiliteye neden olan etkenlerin belirlenmesi ve buna yönelik tedavinin düzenlenmesi bir bütündür (8, 9).

İnfertilitenin görülme sıklığı, bölgeden bölgeye hatta ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, gelişmiş olan olarak ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10'unda görülmekte, gelişmekte olan ülkelerde %15- 20'sinde görülmektedir. Bu farklılık, gelişmekte olan ülkelerde özellikle klamidya ve gonore gibi cinsel yolla bulaşan

genital enfeksiyonlarının sıklıkla görülmesi ve etkili olarak tedavi edilememesi sonucu infertiliteyle sonuçlanan harabiyetler oluşturmasından kaynaklanmaktadır (8, 9).

İnfertilite bölgeden bölgeye nedenleri ve sıklığı değişen bir sorundur. Dünya doğurganlık çalışmasına göre 40–49 yaş aralığındaki çocuksuz kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1.3) da sonra Ürdün (%2.2), ve Suriye (%2.9)'dur. Afrika'da da bazı kabile ve topluluklarda yüksek oranda infertilite izlenmektedir. Örneğin Zaire'de Mbalo'da 45–49 yaş aralığındaki kadınların %65'i çocuksuzdur. Amerika'da sağlık bakımı uygulayıcıları, infertilitenin her 6 çiftten birini ya da 4.8 milyon kadını etkilediğini bildirmektedirler. Ülkemizde infertilite sıklığı açısından net bilgiler bulunmamaktadır. Ancak %10-15 civarında olduğu düşünülmektedir (10, 11).

2.1.3. İnfertilitenin Nedenleri

İnfertiliteye neden olan durumlar her zaman için çok açık değildir. Geçmişte kadından kaynaklanan bir durum gibi değerlendirilen infertilitenin, tıp alanında teknolojik gelişmeler ile birlikte yaklaşık olarak %40'ının kadın ile ilişkili etkenlere, %40'ının erkek ile ilişkili etkenlere, %20'sinin de hem kadın hem de erkek kaynaklı etkenlere bağlı olduğu ortaya konmuştur (12).

Geçmişte açıklık getirilemeyen infertilitenin psikolojik kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Kadınların anne olma ve gebelikle ilgili çelişkili tutumlarına bağlanmıştır. 1970'li yıllardan sonra tıp alanındaki gelişmeler sayesinde açıklanamayan infertilitenin nedeni psikolojik sorunlar olmadığı ele alınmaya başlanmıştır (13).

2.1.4. İnfertilitenin Etkileri

2.1.4.1. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri

İnfertilite, çiftlerin sosyal yaşamlarını, evlilik ilişkilerini, duygusal durumlarını, gelecekle ilgili planlarını, cinsel yaşamlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz etkileyen bir yaşam krizidir (1, 14). İnfertilitenin bedensel sağlıktan çok psikolojik ve toplumsal iyilik haline olumsuz etkileri vardır. İnfertil kişiler bu durumu özür olarak kabul etmektedir. Yaşadıkları yetersizlik duygusundan

dolayı, zaman içersinde çevrelerinden izole olmaktadırlar (14). İnfertil çiftlerin verilecek sağlık hizmetinde, psikososyal ve psikocinsel durumlarının tanılanması ve gerekli uygulamaların yapılması bütüncül sağlık hizmeti verilmesinde oldukça önem taşımaktadır (15).

2.1.4.2. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri

Toplumda çocuk psikolojik, ekonomik ve sosyal değerleri içeren bir unsurdur. Çocuk insanlar için yaşlılığın ve bakımın güvencesi olarak düşünülürken, ekonomisi tarıma dayalı olan toplumlar için de bir iş gücü olarak görülmektedir. Bazı toplumlarda da çocuk sahibi olabilmek insanlara itibar ve ayrıcalık kazandıran önemli bir faktördür. Bütün bu durumlar çocuk sahibi olamayan çiftlerin, yaşadıkları toplumun etkisiyle psikolojik baskı altında kalmalarına yol açmıştır (3). Üreme konusundaki yaşanan yetersizlik utanç verici olarak algılanır ve sosyal bir damgalanma yaratır (14, 15).

İnfertilite aynı zamanda aile fertlerinin hepsi için de bir kriz sürecidir. Ailelerin infertiliteye verdiği yanıtlar, destekleyici olabildiği kadar yaralayıcı da olabilmektedir. Nijerya gibi birçok Afrika ülkelerinde infertiliteden çoğunlukla kadın sorumlu tutulduğu için, çocukları olmayan evliliklerde aileleri tarafından erkeklere başka bir evlilik yapmaları yönünde baskıda buldukları bildirilmiştir (16). Çin'de 192 infertil çiftle yapılan bir araştırma bulgusuna göre; kadınların %37'si, erkeklerin %20'si "kadın için infertilitenin utanç verici" olduğunu düşünmektedir. Çiftlerin %50'sinden fazlası "cinsel ilişki esnasında baskı altında olduklarını" , %60'ından fazlası da kendilerini "baskı altında hissettiklerini bildirmektedir (16, 17).

İnfertilite kadının aile içi şiddete maruz kalmasına da sebep olabilmektedir. Uzun süreli arkadaşlıkların bozulmasına yol açabilmektedir. İnfertil bireyler, arkadaş çevreleriyle onların doğurgan olabilmelerine olan öfkelerinden sebep ilişkilerini uzak tutma eğiliminde olabilirler (1).

2.1.5. İnfertilite Krizi

İnfertilite tanısı konulan çiftlerin evlilik yaşantılarında, daha önce ne türlü başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz oluşturabilir. Bu kriz çiftlerin hem bireysel hem de evlilik ilişkileri açısından başa çıkmaları gereken bir durumdur (3, 18).

İnfertilite Krizinin Evreleri;

- Şok, inanmama ve inkâr evreleri
- Anksiyete ve kontrol kaybı
- Yalnızlık ve yabancılaşma
- Suçluluk ve öfke
- Depresyon ve yas
- Gerçekleri kabul etme ve uyum
- Çözümleme

Şok, inanmama evresi infertilite krizinde ilk evredir. Çift infertilite durumuna hazırlıksızdır, çiftlerin hep gebelik ümidi vardır ve adet dönemlerinde gerginlik, ümitsizlik yaşarlar. Şok evresinden sonra inkar evresi gelir. Bu evrede çiftler, durumu yaşadıkları yoğun strese, geçirilen gribe, yorgunluğa ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkide bulunmadıklarına bağlayarak geçiştirmeye çalışırlar. İnkâr evresinden sonra olan anksiyete evresinde infertilite tedavisi görecektir kadın, bedeninin “saldırıya uğruyor” veya “işgal ediliyor” gibi hissedip yoğun bir korku yaşayabilir. Kişilerde eşi tarafından terk edilme kaygısı ortaya çıkar (18).

İnfertilite tedavisi esnasında çiftler kontrol kaybı yaşayabilirler. Yapılan tetkikler pahalı, karmaşık gelebilir ve girişimsel işlemler olduğundan, çiftler özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılabilir. Çünkü bu durumu yaşayan bireylerin cinsel yaşamları ve bedenleri mercek altına yatırılır. Zaman ilerledikçe IVF (in-vitro fertilizasyon) sürecinin yarattığı harabiyet gittikçe artar ve çiftlerin mücadele kapasitesi de gittikçe azalır. Kadında her ay menstruasyon döneminin başlangıcı kayıp hissini tetikler. IVF süreci başarısız olursa, çift yavaş yavaş

biyolojik yolla çocuk sahibi edinemeyecekleri gerçeğini algılamaya başlar ve acılı süreç yoğunlaşır (1, 18).

İnfertilite ile mücadele eden çiftlerin yaşayabileceği diğer bir evre suçluluk evresidir. Bu durumu yaşayan birey, eşinin anne-babalık rolünü yerine getirmesinde kendisinin engel olduğunu düşünüp suçlu hisseder. Eğer infertilitenin sebebi cinsel yolla bulaşan bir rahatsızlık ise, birey daha önceki yaşantıları ve cinsel davranışları için kendini suçlayabilir. Bazen infertilitenin sebebi önceki bir kürtaj olabilir. Böyle bir durum ile karşılaştığında kadın Tanrı tarafından cezalandırıldığını düşünebilir (16, 18).

İnfertil çiftleri bekleyen bir sonraki evre öfkedir. Eşlerin infertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girmeleri, geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı tutumları, yaşanan kötü olayları hatırlamaya yöneltir. Birey düşmanlık ve kin duyguları ile kendisini ya da eşini suçlamaya başlayabilir. Eşlerden biri çocuk sahibi olmayı geç karar vermiş olmasından dolayı ya da fertilité sorununa sebep olduğu için diğer eşe öfkelenebilir (16).

Suçluluk ve öfke duyguları ile başa çıkamayan çift, bir noktada bitkin düşer ve umutsuzluğa kapılmaya başlar. Yaşamdan zevk almamaya başlarlar ve her şeye karşı ilgisizlik, belirsiz bir gelecekle alakalı kayıp yaşarlar. Bu kayıp hissi savaşta yakınından haber alamayan bir kişinin kaybına benzer. Bu duruma gelen kişinin sonu belirsizdir, durumla alakalı bir açıklama getirilemez ve cenaze töreni de düzenlenemez, ancak o kişinin aslına dönemeyeceği de bilinir. Depresyon ve yas evresi bu kayıp duygusuyla ilişkilidir (16, 18).

Daha sonra kabul etme ve uyum evresi gelir. Bu evrede eşler durumlarını gerçeğe uygun algılamalı ve durumları ile ilgili yaşadıkları duyguları tanımalı ve kabullenmelidirler. İnfertilite ile sağlıklı bir şekilde başa çıkabilen çiftler çözülme (resolution) evresine doğru ilerlerler. Yadsıma yerine gerçekler kabullenilir. Yaşanan olumsuz yoğun duygularla baş etme yolları bulunur. Çözülme her zaman çiftlerin sonsuza kadar mutlu yaşamaları anlamına gelmez. Bazen eşler bu durum sonunda boşanıp, başka evlilikler kurma kararı verebilirler (18).

İnfertilitenin yarattığı etkiler, IVF tedavisinin sonunda gebelik oluşmuş olsa da hemen ortadan kalkmayabilir. Ayrıca, çifti duygusal yeni sürprizler bekleyebilir. Örneğin çoğul gebelik, prematürite gibi(18).

İnfertilitede yaşanan krizin başka bir biçimde evrelendirilmesi de Blenner tarafından yapılmıştır. 25 adet infertil çift üzerinde uygulanan çalışma sonucunda Blenner infertiliteye ait 8 evre belirlemiştir (19). Bu evreler şunlardır:

Blenner'ın infertilite krizi evreleri (16):

- Olayın farkına varma: Sorunun farkına varılır.
- Geçekle yüzleşme: Birey “Neden ben? ” sorusunu kendine sorar.
- Umut ve azim: Tedavi süreci başladığı evredir.
- Tedavinin yoğunlaşması: Tedavi yaşamın odağı haline gelir.
- Kısır döngü: Başarısız tedavi sonuçları mutsuzluk yaratır.
- Tedaviye devam: Hayatın adaletsiz olduğu düşünülür ve tedavi sürdürülür.
- Tedavinin bırakılması: Uğraşılardan netice alınmadığından çift pes edebilir.

Odak değiştirme: Boyun eğme, yas tutma, çocuksuz yaşam ve evlat edinme gibi çözümlerden birine karar verilir.

2.1.6. İnfertilitenin Tanılanması

İnfertil çiftlere yapılacak olan yardımın ilk aşaması nedenlerinin belirlenmesidir. İnfertilite nedeninin doğru belirlenebilmesi öncelikle hikâyenin iyibalinması yer gerekir.

Erkeklerde; yaşam biçimi (fazla çalışma, işsizlik, stres), endokrin hastalıkları, beslenme bozukluğu, genito üriner problemler, çocukluk hastalıkları, koitus hikâyesi, aşırı alkol ve sigara alışkanlığına ilişkin bilgiler alınır. Kadında ise; beslenme alışkanlıkları, yaşam biçimi, pelvik hastalıklar, endokrin hastalıkları, aşırı alkol ve sigara alışkanlığı, menstural hikâye ve kullanılan kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgiler alınır (10).

Erkeğin doktor muayenesine 3-4 günlük bir cinsel perhiz ile gitmesi uygundur. Erkeklerde sperm analizi ve fiziksel muayene yapılmalıdır. Genetik inceleme ve ürolojik değerlendirme infertilite tanılama için kullanılan yöntemlerdendir (20, 21).

Kadında uygulanan tetkik ve işlemler oldukça fazladır. Bunlardan başlıcaları: Ultrasonografik inceleme, jinekolojik muayene, hormon tetkikleri, smear testi, laparoskopi, histerosalpingografi, ovulasyonun değerlendirilmesi, histeroskopi, post koital test ve tubal tıkanıklığın saptanmasıdır (10, 20).

2.1.7. İnfertilitenin Tedavisi

İnfertilite sebepleri çok karmaşık olduğundan tedavisi de karmaşıktır. Tedavi başlamadan önce sebebi anlamak uzun sürebilir. Sadece bir sebep olmayıp birden çok sebep olabilir. Sorunun sebebi birden çok olduğunda tedavi daha çok zorlaşır. İlk önce sorun giderilerek (hormon tedavisinin verilmesi, tüplerin tıkalı ise açılması vb.) doğal yolla gebe kalması planlanır. Uğraşılara rağmen gebe kalamayacağı sonucuna varılan kadınlara infertilite tedavisi başlanır (10, 22).

İnfertilite tedavisinde nedenlere göre öncelikler planlanır. Neden olduğu düşünülen fizyolojik veya anatomik sorun var ise ortadan kaldırılır. İnfertilite ovulasyon sorununa bağlı gelişmiş ise tedavide ovulasyonun sağlanabilmesi üzerinde durulur. Bu sebeple ilaç (hormon) tedavisi yapılır (10, 22). Tüp ve uterus anomalileri, özel cerrahi yöntemlerle tedavi edilir. Pelvisin enflamatuvar rahatsızlıklarına bağlı oluşan pelvik yapışıklıklar mikrocerrahi yöntemi kullanılarak düzeltilir. Ancak tüplerin siliaları ve mukozası bozulduktan sonra bir daha yapılması mümkün olmadığından, tubal sorunlarda başarı oranının düşük olduğu bilinmektedir (9, 10).

Tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteye sebep olan sorun ortadan kaldırılarak infertil çiftlerin %85-90'ının çocuk sahibi olma yolu açılmaktadır. Çiftlerin %10-15'i de değişik yardımcı üreme yöntemlerinden yararlanabilmektedir (10, 23).

2.1.8. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

Spontan olarak gebelik oluşmayan çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri adına yapılan tüm işlemleri içine alan ileri teknikler yardımcı üreme teknikleridir. Dünyada ilk kez 1978 yılında YÜT uygulaması sonrası bebek dünyaya gelmiştir. Bu tarihten sonra yardımcı üreme teknikleri hızla gelişim göstermiştir. Zamanla yeni yöntemler geliştirilirken bazı yöntemlerde terkedilmiştir.

YÜT başlığı altında yer alan teknikler aşağıda gösterilmiştir(20):

- Ovulasyon İndüksiyonu (ilaç tedavisi)
- Artifisiyel İnseminasyon (Aİ)
- Cerrahi Tedavi
- Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)
- In Vitro Fertilizasyon – Embriyo Transfer (IVF-ET)
- Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT)
- Mikromanipulasyon
- Subzonal Sperm İnseminasyonu (SUZİ)

2.1.8.1. Ovulasyon İndüksiyonu (ilaç tedavisi)

Hormon ve diğer ilaçlar kadın ve erkek her ikisine de verilebilir. İlaç tedavisi semen kalitesini yükseltmek, uterin endometriumu hazırlamak, ovulasyonu indüklemek veya oluşmuş gebeliği desteklemek için verilir (24).

2.1.8.2. Cerrahi Tedavi

Erkeklerle ve kadınlara uygulanabilmektedir. Erkeklerde varikosel tedavisi işlemi, minimal invaziv yollarla obstrüksiyonların düzeltilmesi, önceki cerrahi işlemin skar dokusunun çıkartılması için uygulanır. Kadında minimal invaziv yollarla obstrüksiyonların düzeltilmesi, laparotomi ya da laparaskopi ile endometriozis, obstrüksiyon, daha önceki cerrahi skar dokusunun çıkarılması için uygulanır. Adhezyonları azaltmak ve önlemek için lazer tedavisi uygulanır (20, 24).

2.1.8.3. Artifisiyel İnseminasyon (Aİ)

Cinsel beraberlik (koitus) olmadan ince bir kateterle spermatozoaların genital traktusa yerleştirilmesidir. Servikse yerleştirilirse servikal artifisiyel inseminasyon, uterus kavitesine yerleştirilirse intrauterin artifisiyel inseminasyon denir (20).

2.1.8.4. In Vitro Fertilizasyon – Embriyo Transfer (IVF-ET)

Olgun ovumun anne vücudu dışında laboratuvarında spermle karşılaşmasını sağlayarak fertilize edilmesine in vitro fertilizasyon denir. Genellikle bir test tüpünde gerçekleştirildiği için bu biçimde oluşan gebeliklere “tüp bebek” deyiimi kullanılmaktadır. IVF-ET (Embriyo Transfer) işlemi, yumurtaların overden toplanıp spermiler ile laboratuvar ortamında döllenmesi ve normal embriyonun gelişiminden sonra annenin uterus bölgesine transfer edilmesidir. İşlem başarılı olur ise embriyo, uterus içinde normal gebeliğin oluşumu gibi gelişimini sürdürür (10, 25).

2.1.8.5. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)

Gamet İntrafallopian Transfer yöntemi 1984’de geliştirilmiştir. Laparaskopi yöntemi kullanılarak overlerden follikül aspirasyonu ile elde edilen oositler ve spermier direkt fallop tüp içine transfer edilir. Oositler değerlendirilir ve transfer için bir katetere yüklenir. Aynı katetere 100.000 sperm de hazırlanmıştır. Fertilizasyon normalde olduğu gibi tüplerde oluşur. Gamet İntrafallopian Transfer için işlevsel bir fallop tüpünün olması gerekir. Gamet İntrafallopian Transfer’in In Vitro Fertilizasyon – Embriyo Transferine göre avantajı, fertilizasyon işleminin laboratuvar ortam yerine doğal ortamda gerçekleşmesi ve embriyo transferi için kadına ikinci bir işlem uygulanmamasıdır (25).

2.1.8.6. Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT)

Ultrason altında bakılarak vajinal yoldan oositler toplanıp laparaskopi işlemiyle tuba ampullanın içine zigotun yerleştirilmesidir (25).

2.1.8.7. Subzonal Sperm İnsersiyonu (SUZİ)

Hazırlanan mikro pipetle spermier, ovumun zona tabakasının altına (perivetelline alana) yerleştirilmesi ve enjekte edilmesidir. Daha sonra embriyolar uterusu veya fallop tüplerine transfer edilir (25).

2.1.8.8. Mikromanipulasyon

Spermier direkt olarak yumurta hücresi içine verilmesi işlemine Mikromanipulasyon denir. IVF işleminde başarılı olunamayan seminal sorunlarda tercih edilen bir yöntemdir. Seminal mayideki spermier değerlendirildikten sonra

şekil, ölçü ve hareket yönünden en sağlıklıları seçilir ve özel bir enjektör ile oosit içine enjekte edilir. Embriyo oluşmasından iki gün sonra ise uterusu veya fallop tüplerine transfer edilir (10, 25).

2.1.9. İnfertilite İle Baş Etme Yöntemleri

Kadınlarda ve erkeklerde infertilite ile baş etme mekanizmaları arasında farklılıklar mevcuttur. Kadınlar çoğunlukla problemlerini paylaşabilecekleri gruplara dahil olup, konuyu araştırmaya yönelirken, erkekler bu tür aktivitelere pek de ilgi göstermemektedirler (1, 16).

Yapılan araştırmalarda, infertil kadınların eşlerine göre daha çok emosyonel rahatsızlık yaşamaları halde; infertilite ve tedavisiyle baş etmede erkeklerden daha fazla başarı gösterdiklerini ortaya koymuştur (16). Kadınların infertiliteyle alakalı yaşam memnuniyet seviyeleri, benlik saygısı, arkadaşlardan kaçınma davranışları ve cinselliğin erkeklerle kıyas edildiğinde daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bir başka araştırmada kadınların daha fazla sorumluluk alma, sosyal destek arama, kaçma ve yüzleşme gibi baş etme metotlarını; erkeklerinse mesafe koyma, planlı problem çözme, kontrol etme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (26).

2.1.10. İnfertilitenin Çiftler Üzerine Etkileri

İsteddiği halde toplumun beklentisini yerine gerçekleştiremeyen evli çiftler “aile olma” rolünü tam manasıyla gerçekleştirememiş olurlar. Çiftlerin üreme işlevini gerçekleştirememeleri, yetersizlik, başarısızlık duygularına neden olmaktadır. İnfertilite, eşlerin sosyal hayatlarını, psikolojik durumlarını, cinsel yaşamlarını, evlilik ilişkilerini, gelecek planlarını, beden imajlarını, benlik saygılarını, yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilediğinden karmaşık bir yaşam krizine dönüşmektedir (27, 28).

İnfertiliteyle karşı karşıya kalan bireyler beklemedikleri zorlu bir yolculuğa başlamaktadırlar. Bu zorlu yolculuk bazı evrelere ayrılmaktadır. Blenner tarafından tanımlanmış olan spesifik infertilite evreleri aslında Kubler-Ross tarafından ölen bireylerin aileleri ile yapılan uygulamalarda ortaya çıkarılan yas tutma süreciyle aynıdır. Bu evreler (20):

- Şok, şaşkınlık, inanamama evresi
- Yadsıma (inkar) evresi
- Kızgınlık ve anksiyete evresi
- Öfke evresi
- Kontrol kaybı evresi
- Suçluluk evresi
- Çözülme evresidir.

İnfertilite, çiftlerin yaşam kalitesine ve ruhsal sağlığına yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşama tehdit oluşturmaktadır ve bazı uzmanlar tarafından yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır.

2.1.11. İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerindeki Etkileri

İnfertilitenin yaratmış olduğu psikolojik stresten kadın bireylerin erkeklere göre daha çok etkilendiği bildirilmektedir. Kadınlar daha çok anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar (14, 26). Eski zamanlardan beri kadının ailedeki ve toplumdaki rolü doğurganlık ve çocuk bakımı ile ele alınmıştır. Kadının ekonomik ve eğitim özgürlüğünün sınırlı olduğu ama gelişmekte olan toplumlarda kadın, toplumda konumunu yükseltmek adına doğurganlığını kullanmaktadır. Özellikle de kadının pek çalışmadığı, geleneksel aile yapısına sahip toplumlarda çocuk sahibi olabilmek, kadın için kabul ve saygıyı ifade etmektedir. Çocuğu kadın dünyaya getirdiği için, infertilite durumunda genellikle kadın suçlanmaktadır. Hatta daha da ileri gidilerek, çocuk sahibi olmayan kadın dışlanmakta, uğursuz kabul edilmekte, “yeşermeyen ağaç” ve “kuruyan nehir” gibi benzetmelere maruz kalmaktadır (3, 14).

İnfertiliteye verilen tepkiler açısından da erkek ve kadın arasında önemli farklar mevcuttur. Stresin dışı yansıtılmasında cinsiyet farkları da önemlidir. Erkekler sözde daha az sorun yaşıyorlarmış gibi görünürlerken, kadınlar sıkıntılarını ve rahatsızlıklarını daha çok dile getirir. Kadınlar durumu daha kişiselleştirirken, etiketlenmiş olduklarına inanmakta, kadınlık rollerinin değersizleştiğini düşünmekte, özgüvenlerinde azalma meydana gelmekte, kayıp duygusu yaşamaktadır. Ayrıca infertilitenin nedeni kimden kaynaklanırsa

kaynaklansın, kadınlar daha çok sorumluluk almakta ve daha çok suçluluk duygusu hissetmektedirler (16).

İnfertilitenin nedeni erkek olsa bile kadınlar hala fertiliteleri hakkında şüphe taşımayı sürdürmektedirler. Erkeklerin infertil oldukları ortaya çıktığında her ne kadar hayal kırıklığı yaşasalar da, üzülselerde, değersizlik duygusuna kapılmamaktadırlar. Kadınlar gebelik deneyimlerini yaşayamadıkları ve çocuk sahibi olamadıkları için yas tutarken, erkekler potansiyel kayıp yaşadıkları ve biyolojik olarak baba olmadıkları için yas tutmaktadırlar. Kadınların çocuk sahibi olma, isteme ön plandayken, erkeklerde ise erkek rolünü üstlenme ve sosyal baskıya ait yaptırımın zorlayıcılığı daha ağır bastığı düşünülmektedir (1, 29).

Yapılan birçok araştırmalara göre infertil kadınların erkeklere kıyasla daha fazla izolasyon duygusu yaşadıkları belirtilmiştir. Kavlak ve Saruhan (2002), infertil kadınlar üzerinde uyguladıkları çalışmada, yalnızlık seviyelerinin yüksek olduğunu, kadınların çalışma ve eğitim durumlarının yanı sıra infertilite süresi, evlilik sayısı ve sosyal destek ihtiyacının bu durumu etkileyen faktörler olduğunu bildirmektedir (30).

2.2. İnfertilite ve Cinsel Yaşam

2.2.1. Cinsellik Kavramları

Cinsiyet ve Cinsel Kimlik: Cinsel kimlik ve cinsiyet birbirinden farklı iki kavramdır. Cinsiyet, kişinin erkek ya da kadın olarak gösterdiği biyolojik, genetik ve fizyolojik özellikleridir. Cinsiyet, kişinin kromozomlar, dış ve iç cinsel organlar, cinsel hormonlar, gonadlar ve ikincil cinsiyet niteliklerini içerir (32). Cinsel kimlik, kimliğin önemli bir bileşenidir ve bireyin kendini kadın ya da erkek olarak hissetmesidir (33).

Cinsel Rol ve Toplumsal Cinsiyet: Cinsel rol, cinsel kimlikle alakalı ve kısmen de cinsel rolden türemiş olan bir tutumdur ve toplumda dışa yansıtılan tutumların görünümünü oluşturur (34). Cinsiyete dayalı olan cinsel roller doğduğu anda belirlenir ve bireyin erkek ya da kadın olarak dünyaya gelmesi bu duruma uygun rolün ve davranışların beklentilerini oluşturmaktadır. Bu beklentileri içeren cinsiyet rolleri, sosyalleşme süreciyle çevre, aile, medya gibi yerlerden gelen mesajlar ile biçimlenir ve içselleştirilir.

Aileler bebek doğduğu andan itibaren isim seçmek, kızların saçlarını uzatmak, çok süslü giysiler giydirmek, erkeklerin saçlarını kısa kesmek, farklı rollere ilişkin beklentileri ifade etmek, farklı oyuncaklar almak ve bu beklentilere uygun tutumları pekiştirmek, tersi davranışları da görmezden gelmek, kınamak, ayıplamak hatta cezalandırmak cinsel kimliğin meydana gelmesine yardımcı olurlar. Sağlıklı ve standart sonuç cinsel kimlikle cinsel rolün birbirlerine uygun olmasıdır (32, 33).

Toplumsal cinsiyet, erkek ve kadınlığı sosyal olarak yapılandıran nitelikler olarak tanımlanır ve bir bireyin kendini erkek ya da kadın olarak nasıl algıladığını ifade eder. Erkeklik ya da kadınlığa ilişkin davranışın psikolojik tarafını oluşturur. Bireyin içinde bulunduğu toplumun kültürü; bir erkek ve kadının nasıl davranacağı, nasıl hareket edeceği ve nasıl düşüneceğine dair beklentileri ortaya koymaktadır.

İnsanlar erkek ya da dişi olarak doğarlar fakat erkek veya kadın olma ile sonuçlanacak, oğlan ya da kız çocuk olmayı yetişirken öğrenirler. Bu sebeple toplumsal cinsiyet zamanla değişen ve gelişen bir kavramdır. Değişimin neticesi olarak da zaman içinde kültürden kültüre farklılık gösterir (31).

Cinsel Davranışlar ve Cinsel Yakınlıklar: Cinsel deneyimler ve davranışlar bireylerin kendi istekleriyle ve karşısındaki kişilerden onay alarak gerçekleştirmiş oldukları cinsel eylemlerdir. Cinsel yakınlıklar; sarılmak, sohbet etmek, aşık olmak, birlikte olmaktan mutlu olma ve karşılıklı beğenme ile yaşandığı gibi sadece bakışma ile de yaşanabilir. İnsanların cinselliği ifade etme şekilleri birbirlerinden farklıdır. Bireyin toplumdaki yaşam koşulları, ilişkileri, içinde bulunduğu kültür ortamı, erkek veya kadın oluşu, cinsel deneyimleri, yaşı bu farklılıkların belirleyicileridir (31).

Beden İmajı ve Cinsellik: Beden imajı psikolojik açıdan bireyin kendi bedeninden ne ölçüde memnun olduğunu ifade etmektedir. Beden imajı dinamik bir süreçtir. Bebeklikten başlayarak zamanla çeşitli fizyolojik değişikliklere paralel olarak kültürel ve sosyal olaylardan etkilenerek biçimlenir ve benlik ile bütünleşip benliğin önemli bir parçası haline dönüşür. Her birey, cinsel bir eş olarak istenmeyi, arzulanmayı bekler. Kadınlar için cinsellik çocuk doğurma yeteneği, arzu edilebilir olma ve beden imajının yanı sıra, psikolojik, entelektüel, kültürel ve sosyal bileşenleri de içine alan kapsamlı bir kavramdır. Beden imajı ve cinsellik, içsel olarak kim ve ne olduğumuz hakkındaki tanımımızla bağlantılı olup, yaşam kalitemizde belirgin bir etkiye sahiptir. Kadınlarda oluşan jinekolojik eksiklikler kadınlığa yönelik ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu tehdit kendini değersiz görme hissine sebep olur ve özgüven kaybıyla sonuçlanır (35).

Cinselliği doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen sağlıksal sorunlar cinsel fonksiyonları bozmakta ve bireylerde fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Nörolojik hastalıklarda beden imajı bozulabildiği gibi, vücut organlarının ampütasyonu da değişikliğe uğrayabilir (36).

2.2.2. Cinsel Yanıtta Etkin Üreme Organları

Mons Pubis: Gevşek bağ dokusundan meydana gelmiştir. Cinsel birleşme esnasında pelvis kemiğini korur. Yuvarlak dış hatların da oluşmasına yardımcı olur (35).

Labia Major: Sinir ve damar yönünden zengin olan labia major, mons pubisten aşağıya doğru uzanan bağ be yağ dokusundan oluşan bir kıvrımdır. Büyük dudaklar küçük dudaklara, klitorise, üretral açıklığa ve vajinaya koruma sağlar. Labia major cinsel yanıt esnasında istek fazında yassılaşır ve ayrılır. Uyarılma fazında da multipar kadınlarda şişerken nullipar kadınlarda incelir. Çözülme aşamasında ise eski boyutuna geri döner (32, 35).

Labia Minör: Labia majörlerin altında yer alır. Labia minörler sinir ve damar yönünden zengindir (35).

Klitoris: Kadının en hassas erotik bölgesidir. Labia minörlerin üstte birleştiği bölümde yer alır. Klitoris baş ve gövdeden oluşmaktadır. Sinir ve damar yönünden zengin ve silindirik, erektil bir organdır. Özellikle de baş kısmı yüksek oranda duyarlı ve hassastır (31).

Overler: Cinsel ilişkide doğrudan etkileri yoktur fakat kadınlık hormonları olan progesteron ve östrojenin salgılanmasından sorumludur. Salgıladıkları hormonlar ile genital organların elastikiyetine katkıda bulunur ve kayganlaşmasını sağlar. Orgazm esnasında fallop tüpleriyle beraber yumurtalıklarda da kasılmalar oluşur (31).

Uterus: Pelvisin içinde, rektumla mesanenin arasında, içi boşluklu, kalın duvarlı müsküler bir organdır. Cinsel uyarılma sırasında servikal gland sekresyonları ve uterin ile vajinal kayganlaşmaya etkisi vardır. Fallop tüpleri ve uterus farklı fonksiyonlara sahip olsalar da orgazm sırasında kasılırlar (32, 35).

Vajina: Vajinal açıklıktan servikse kadar uzanan bir kanaldır. Genişleme kapasitesine sahip ve ince duvarlıdır. Vajinanın sadece 1/3 dış bölümü cinsel yönden uyarılabilir, geri kalan kısmı sadece basıncı hisseder. Rahimdeyse giriş bölümü titreşimi ve (serviks) basıncı hisseder. Vajinanın her iki tarafında yer alan ve vulvadaki en büyük gland olan bartolin bezleri de cinsel uyarılarda mayi salgılayarak vajinanın kayganlığını sağlar (31, 32).

2.2.3. Cinsel İşlevler

Normal cinsel işlevler, cinsel yanıtın sorunsuz bir biçimde tamamlanması olarak görülebilir. Masters ve Johnson' a göre normal cinsel yanıt döngüsü dört evreden oluşur (37). Bu evrelere daha sonra Kaplan bir evre daha eklemiştir. Erkek ve kadınlarda hemen hemen benzer olduğu görülmüştür. Bu evreler aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

2.2.3.1. İstek

Kaplan tarafından cinsel yanıt evrelerine eklenen bu evre genellikle cinselliği uyaran fanteziler ile alakalı olarak ortaya çıkan cinsel ilgi ve isteği işaret eder (38).

2.2.3.2. Heyecan

Heyecan aşamasında psikolojik ve fizyolojik olarak değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Psikolojik olarak erotik düşüncelerde artma olur ve erojen bölgelerde zevk anlamında etkileşimler artar. Fizyolojik olarak da kalp atımı hızlanır, nefes alıp verme sıklaşır, genital bölgedeki damarlar genişler ve o bölgelerde ki kan akışı hızlanır. Bu durum kadınlar da meme uçlarının sertleşmesini, vajinanın ıslanmasını, erkeklerde ise penisin sertleşmesini sağlar. Bu işlevlerin başlamasındaki geçen süre kişiden kişiye farklılık gösterir. Hatta bireylerin deneyiminden deneyimine de değişiklik gösterebilmektedir (37).

2.2.3.3. Plato

Bu evrede fizyolojik olarak heyecan en üst seviyeye çıkar. Genital organlarda en fazla kan bu evrede toplanmıştır. Erkeklerde en sert ereksiyon, kadınlarda da genital bölgesinin en şişkin olduğu, kayganlığın en fazla olduğu bu evrededir (38).

2.2.3.4. Orgazm

Bu evrede cinsel zevk zirveye ulaşır. Genital bölgedeki ve etrafında bulunan kasların ritmik olarak kasılmasına fiziksel orgazm denir. Karşılıklı iki cinste de istemsiz pelvis hareketleri ve kas gerilimi görülür. Bu evrede çoğunlukla erkeklerde boşalma meydana gelir. Yoğun olarak hissedilen zevk duygusu cinsel organlarda oluşur fakat pek çok bireye göre vücudun tümünde hissedilen bir olgudur.

2.2.3.5. Çözülme

Bu son evrede kendini iyi hissetme ve rahatlama hali ortaya çıkar. Kaslar gevşer, rahatlar ve kan akımı normale döner. Vajina kayganlığını yitirir ve penis normal şeklini alır. Erkekler orgazm yaşadktan sonra, belli bir zaman cinsel anlamda uyarılmazlar ve sertleşme gerçekleşmez. Bu zaman kişiden kişiye hatta aynı kişide deneyimden deneyime farklılık gösterebilir. Kadınlar ise kısa süre içinde tekrar yeniden uyarılabilirler ve orgazma yaşayabilirler. Eğer cinsel deneyimi bireyi tatmin etmiş ise bireyde derin bir memnuniyet hissi oluşur. Fakat yeterince doyum yaşanmadıysa kızgınlık, utanç, suçluluk gibi duygulara neden olur (39).

2.2.4. Kadın Hormonlarının Cinsel Yaşamdaki Etkileri

Östrojen; kadının iyilik hali ve duygu durum gibi psikolojik özelliklerini ve eş zamanda psikolojik yapısını etkileyen fiziksel durumunu dengeler. Bunların başında kas, deri ve vücut yapısı gelmektedir. İkincil seks karakterlerinin de normal olarak seyir etmesi östrojenin etkileri arasındadır. Kadınlık kimliğini bu özellikler oluşturur ve dolaylı da olsa seksüel davranışı etkiler. Aynı zamanda östrojen, uyku düzenini sağlamada etkilidir ve uyku bozukluklarına bağlı olan seksüel hayata dair bozuklukları da dolaylı yoldan düzeltir (40).

Santral sinir sisteminde psikolojik ve sinirsel yapıyı güçlendiren etkenleri düzenlediği gibi, en çok ikincil seks karakterlerinin iyileştirmeyi sağlar ve kadınlık kimliğini kazandırır. Pelvik tabanını da etkilediğinden dolayı seksüel yollarında sağlamlığını korur. Oysa erkeklik hormonları olarak bildiğimiz androjenler, libidoyu doğrudan etkileyip seksüel motivasyonu arttırmırlar. Östrojenin ve androjenin azalmasına bağlı biyolojik güçlükler yaşanabildiği üzere, bu tablonun daha ağır olanı anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve kronik stres şeklinde ilerler. Erotik fantezilerin, mental düşüncelerin, rüyaların sayısında ve dokunma duygusuyla gelişen seksüel uyarılarda azalma meydana gelişir (40, 41).

Östrojenler, vajinal kayganlığın oluşumu sağlayan salgı bezlerinin uyarılmasında gerekli olan durumları aktive ederler. Bu sebeple östrojenin azalmasına bağlı kayganlık kaybı ve vajinal kuruluk menopozdaki kadınların % 35-50 sinin yakınma sebebidir (40).

Kadınlık sadece vücudun yapısıyla karakterize değildir. Aynı zamanda nostalji, hatıralar, aşk, fanteziler, rüyalar gibi duygusal olaylar cinsel duygu durum yapısının karakteristiğini belirler. İşte östrojen bu yapının kadınlık yönünde gelişimini sağlar (40).

Oksitosin seviyesiyle orgazm memnuniyeti arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Seks hormonlarıyla sinerjistik bir etki yaratarak orgazm sırasında oluşan kontraksiyonlardan sorumlu olabilir (42).

Prolaktin orgazm olduktan sonra artar ve 60 dakika sürer. Özellikle meme uçlarına dokunularak uyarılmasıyla salgınır. Orgazmdan sonra artan prolaktin uyarılmaları ve üreme faaliyetleri akut olarak düzenlemede rol oynar (43).

2.2.5. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları psikolojik, biyolojik ve kişilerarası etkileşimleri olan çok sebepli ve çok boyutlu bir sorundur. DSÖ, cinsel disfonksiyonu, “farklı sebeplere bağlı olarak, kişinin isteği olduğu halde cinsel ilişkiye girememesi” olarak açıklamıştır. Cinsel Disfonksiyon, kadınların % 38- 63’ünü derinden etkileyen yüksek prevalanslı bir sorundur. Kadınların % 20-50’sinde görülen Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları (KCFB) yaşla birlikte artmakta, kişilerarası ilişkileri ve yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (44).

KCFB çoğu kadın için emosyonel olarak üzücü, fiziksel olarak huzursuz edici ve sosyal açıdan da yıkıcıdır. Ancak erkek cinsel fonksiyon bozukluğunun incelenmesi için tedavi ve araştırma olanakları bulunmasına rağmen kadın cinsel fonksiyon bozuklukları kadar fazla dikkat çekmemekte ve yeterli mali kaynak ayrılmamaktadır.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APB) ise DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında cinsel fonksiyon bozuklukları (45);

- Cinsel istek bozuklukları,
- Cinsel ağrı bozuklukları,
- Cinsel uyarılma bozuklukları,
- Tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları,
- Orgazmla ilgili bozukluklar,
- Madde kullanımının sebep olduğu cinsel işlev bozuklukları
- Adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları olarak gruplandırılmaktadır.

Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Çalışmaları Derneği'nin (Amsterdam 2003) yıllık kongresinde bu sınıflandırma düzenlenmiş ve aşağıda gösterildiği şekilde tekrar değiştirilmiştir.

Yeni kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırma sistemi aşağıdaki gibidir (44, 46):

1. Cinsel İstek Bozuklukları
 - a- Hipoaktif Cinsel İstek Bozuklukları
 - b- Cinsel Tiksiniye Bozuklukları
2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları
3. Orgazmik Bozukluklar
4. Cinsel Ağrı Bozuklukları
 - a- Disparoni
 - b- Vajinismus
 - c- Diğer Cinsel Ağrı Bozuklukları

2.2.5.1. Cinsel İstek Bozuklukları

En çok rastlanan sorun cinsel istek bozukluğudur. Cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınların % 32'sinde libido kaybı görülmektedir. Cinsel istek çoğunlukla cinsel yanıt döngüsünde ilk evre olarak değerlendirilir. İstek sadece psikolojik görünse de hormonal dengesizlik ya da tedavi gibi durumlardan da etkilenmektedir (41).

2.2.5.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Uyarılma bozukluğu yeterli ıslanma ve kabarma yanıtı elde edememe, cinsel aktivitenin bitimine kadar zevki sürdürmemeye olarak tanımlanmıştır. Bu rahatsızlık kişiler arası ilişki zorluklarına ve belirgin bir sıkıntıya sebep olur (41, 44). Tüm cinsel yakınmalar ile başvuran kadınların arasında % 20-35'i cinsel uyarılma bozukluğu saptanmıştır. Toplumda görülme sıklığı tam bilinmemektedir. 30 yaşından sonra bireylerin daha sık rastlandığı ve en çok 50-59 yaşları arasında görüldüğü söylenmektedir (47).

2.2.5.3. Orgazmik Bozukluklar

Olağan bir cinsel uyarılma yaşanmasından sonra orgazmın sürekli olarak veya yineleyici bir şekilde gecikmesi veya hiç olmamasıdır. Bu bozukluk kişilerarası ilişkilerde zorluklara ya da hayat da belirgin başka bir sıkıntıya neden olur. Kadınlar, orgazmı tetikleyecek uyarının türü, yoğunluğu açısından büyük değişiklikler gösterirler. Bu sebeple kadınlarda orgazm bozukluğu tanısı konarken klinisyen tarafından, kadının yaşı, aldığı cinsel uyarıların yeterliliği ve cinsel deneyimi açısından sorgulanarak konmalıdır (47, 44).

2.2.5.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

a- Disparoni: Kadında cinsel ilişkide, sürekli ya da yineleyici bir şekilde eşlik eden genital ağrının olmasına disparoni denir (44). Richters'in yaptığı bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınların % 20'sinin cinsel ilişkilerinde ağrı yaşadıkları bildirilmiştir. En sık 20-29 yaşları arasında yaşanmaktadır (47).

b-Vajinismus: Vajinanın 1/3 dışını çevreleyen kaslarda cinsel birleşmeyi engelleyecek şekilde, yineleyici ya da sürekli istem dışı spazmın olmasıdır. Bu cinsel bozukluk belirgin bir

sıkıntıya ve bireyin kişilerarası ilişkilerinde zorluklara neden olur (44). Vajinismus kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluklarından biridir. Vajinismusa ülkemizde ve Uzak Doğu ülkelerinde, batı ülkelerine göre daha fazla rastlanmaktadır. Ülkemizde cinsel tedavi ünitelerine başvuran hastaların yaklaşık olarak % 50'sinin vajinismus olduğu söylenebilir. Batı ülkelerinde ise bu oran % 10 civarındadır (47).

2.2.6. Kadında Cinsel Yaşam Kalitesi

Sağlıkta yaşam kalitesi, kişilerin fonksiyonlarını, işlevlerini yerine getirmedeki yeteneklerini ve hayattan algıladıkları sosyal, fiziksel ve ruhsal alanı ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini: “Bireylerin içinde buldukları kültür ve değerler sistemindeki kendi hayat algılarıdır” şeklinde tanımlamıştır.

Kaliteli bir cinsel yaşam; cinsel ve üreme fonksiyonları etkileyen sakatlıkların ya da hastalıkların olmaması, cinsel tepkileri baskılayan ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkileyen utanç, korku, suçluluk, yanlış inançların olmaması, kişisel ve sosyal etikle uyumlu üreme, cinsel tutumları kontrol edebilme ve bundan mutlu olma durumu olarak tanımlanmaktadır (48). Cinsel sağlıkta oluşan bozulmalar öncelikle ruhsal sağlığın, arkasından da sosyal sağlığın ve aile sağlığının bozulmasına ve bireylerin yaşam kalitesini düşürerek mutsuzluğuna sebep olmaktadır (49). Bu nedenle sadece menopoz, gebelik, hastalık ve yaşlılık durumu gibi özel durumlarda ve dönemlerde değil sağlıklı olan kadınlarda da cinsel yaşam kalitesi ele alınarak incelenmesi gerekir (50).

2.2.7. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi

Ani, beklenilmeyen bir yaşam krizi olan infertilite, açıklanamayan, aşırı stres yaratan, tanısı uzun zamana yayılan ve bireyin uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur. İnfertil çiftlerde üreme konusunda yaşadıkları yetersizlik bireylerde sosyal bir damga yaratır ve bu durum utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır (1). Literatüre bakıldığında infertilite ve cinsellik arasında 4 çeşit ilişki ön plana çıkmaktadır (43).

- 1) Cinsel fonksiyon bozukluğu ve sonrasında oluşan erkek veya kadın infertilitesi
- 2) İnfertilite sebebiyle yapılan testlerin ve tedavilerin cinsel fonksiyonlara olan etkisi
- 3) İnfertilitenin cinsel odaklanmaya ve çeşitli duygulara olan etkisi (suçluluk, saldırganlık, aşağılık, pasiflik) ve infertilite ile ilişkili depresyon, stres, anksiyete
- 4) Cinsel ve psikolojik etkileşimler.

İnfertilitenin ciddi düzeyde psikolojik stres yarattığı ve cinsel fonksiyon bozukluğuyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu durum çocuksuz geçen her yıl artmaktadır. İnfertil olan erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluklarının daha belirgin olmasına rağmen cinsel sorunların kadınlarda da yüksek seviyelerde gözlemlendiği bilinmektedir. Ülkemizde birçok evlilik için çocuk sahibi olabilmek; evliliğin ve cinsel birleşmenin en mühim sonuçlarından biri olarak kabul edilmektedir. Çevresel ve ailevi baskılar infertil çiftlerin genelinde psikolojik sorunların gelişmesine zemin hazırlarken diğer bir taraftan yardımcı üreme teknikleriyle tedavi gören hastalarda mali ve psikolojik sorunlar bu tablonun daha iyi pekişmesine veya sürecin hızlanmasına neden olur (43).

İnfertilite tedavisi aylar, yıllar gibi uzun zaman aldığından çiftin ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (1). Seksin düzenli olarak yapılma gereksiniminden dolayı birçok çift seksi belirli sıklıklarla yapılması gereken mekanik bir olay gibi görmeye başlarlar. Böylece başarı ve başarısızlık ölçümü cinsel birleşmeden zevk almaktan çok bir çocuk üretmekle değerlendirilmektedir. Sonuç olarak, kendiliğinden oluşacak seksin doğallığıyla oynanması firijidite, anorgazm, empotans gibi seksüel sorunlara sebep olabilir (2).

Öksüz ve arkadaşları'nın (2006) kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada yaş, sigara, menopoza, medeni durum ve diyet ile cinsel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (51), Çayan ve arkadaşları'nın (2004) 179 adet kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada; evlilik süresinin, sigara kullanımının, kontrasepsiyon yöntemlerinin ve geçirilmiş pelvik operasyonların cinsel fonksiyon bozukluğu üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmazken; ileri yaş, çalışmama, düşük eğitim düzeyi, kronik hastalık öyküsü, menopoza ve çok sayıda doğum varlığının kadınlar üzerinde cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (52).

Eşler infertiliteye birbirlerinden farklı tepkiler gösterebilmektedir. Bu tepki infertilite sebebinin eşlerden hangisine ait olmasına göre de değişebilmektedir. Özellikle kadının üretkenlik simgesi ve cinsel obje olarak algılanma eğiliminin olduğu toplumlarda, infertilite dini, ailesel ve etik boyutlar kazanarak toplumsal bir hale dönüşebilmektedir. Ülkemizde sık karşılaştığımız "kuma getirme" gibi yerleşmiş uygulamalar, infertilitenin "ataerkil" bir tutumla, soruna getirmiş olduğu çözüme güzel bir örnek oluşturmaktadır (53).

Bir taraftan infertilite, diğer taraftan üreme için uygulanan tetkikler ve tedavi yaklaşımları, kişinin ve çiftin başa çıkma yeteneklerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlamaktadır. Emosyonel ve fiziksel enerjisini tüketerek depresyona, cinsel işlev

bozukluğuna ve çiftin ilişkisinde bozulmaya sebep olmaktadır (43). Cinsel istekle alakalı yapılan araştırmalarda normal olan çiftler arasında bulunan kadınların % 35'i cinsel isteksizlikten yakınmaktadırlar. Toplumda kadınlarda % 11-48 oranında cinsel uyarılma problemleri görölmektedir. Kadınların % 30'unda da orgazm olamama bildirilmiştir (1).

İnfertilitenin hem emosyonel durum hem de cinsel işlev ile ilişkisi iki yönlü gibi görönmektedir. Cinsel işlev bozuklukları infertil çiftlerin bir bölümünde infertilitenin asıl sebebi olabilirken büyük bir bölümünde infertilite ve tedavi uygulamaları esnasında gelişen anksiyete ve depresyona bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Kaygı ve depresif belirtileri için de benzer durumlar söz konusu olup bu emosyonel problemler infertilitenin nedeni veya sonucu olabilmektedir (43).

İnfertil kadınların, fertil kadınlara kıyasla daha fazla “depresif sendrom” özellikleri taşıdığı ve infertil kadınlarda kişilik bozukluklarının daha sık olduğu ve psikoz tanısına daha sık rastlandığı görölmüştür. Ayrıca, infertil kadınlarda fertil olanlara oranla intihar vakalarının iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (44).

Monga ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmemesine rağmen infertil kadınların daha yüksek cinsel birleşme ve cinsel arzu skorları ifade ettiklerini bildirmişlerdir (54). Bu durumunda sağlıklı bir cinsel beraberlikten ziyade, çocuk sahibi olabilmek için hissedilen zorunluluğun bir etkisi olabileceğini işaret etmişlerdir.

Bu sebeplerden dolayı, özellikle tedavi için başvuran infertil çiftler ile karşılaşıldığında çocuksuz olmalarının yaşamlarına olan psikoseksüel etkileri göz ardı edilmemelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, infertilite nedeniyle tedavi alan kadınların cinsel yaşam kaliteleri, ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Aralık 2014- Haziran 2015 tarihleri arasında, Kocaeli ilinde hizmet veren Anadolu Sağlık Merkezi hastanesi tüp bebek kliniğine başvuran hastalarla yürütülmüştür. Klinikte 4 Hemşire, 2 Kadın Sağlığı Hekimi, 1 Embriyolog 2 Tekniker, 2 Hasta Danışmanı, 1 Temizlik Personeli çalışmaktadır. Klinikte 2 Jinekolojik muayene odası, 2 doktor odası, 1 Hemşire odası, 1 Cerrahi işlem odası, 6 yatak kapasiteli post-op bakım bölümü ve bir dinlenme alanı yer almaktadır. Özel Hastane olması nedeni ile genel hasta profilini sosyo-ekonomik düzeyi yüksek hastalar oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2014-2015 yılları arasında belirlenen aylarda Anadolu Sağlık Merkezi hastanesine tüp bebek tedavisi için başvuran 639 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem belirlemede, evrenin belli olduğu durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılmış ve 187 hasta örnekleme dahil olmuştur.

Örnek büyüklüğünü hesaplamak için aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$n = N \cdot t \cdot t \cdot p \cdot q / d \cdot d \cdot (N - 1) + t \cdot t \cdot p \cdot q$$

$$n = 639 \cdot 1,96 \cdot 1,96 \cdot 0,28 \cdot 0,72 / 0,05 \cdot 0,05 \cdot (639 - 1) + 1,96 \cdot 1,96 \cdot 0,28 \cdot 0,72 = 187$$

N: Evrendeki birey sayısı

t: 1.96 (Alpha = 0.05 ,de sonsuz serbestlik derecesinde t tablosundan bulunan teorik değer.

p: 0,28 (İncelenen olayın görülüş sıklığı)

q: 0,72 (İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı)

d: 10 (Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma)

Çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan tüm hastalardan gönüllü olanların onamları alındıktan sonra veri toplama işlemine başlanmıştır. Evli olan, tüp bebek tedavisi için başvuran, okuma yazma bilen, herhangi bir zihinsel engeli olmayan, Türkçe konuşup yazan hastalar örnekleme dâhil olmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak anketin birinci bölümünde, örneklem grubuna ait sosyo-demografik veri elde edilmesine yönelik 13 soruluk kısım yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümünde “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)” yer almaktadır. Symonds ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiş CYKÖ-K ölçeğinin Türkçe geçerliliği Turgut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmış ve ölçeğinin genel güvenilirliği $\alpha=0,908$ olarak bulunmuştur. Altılı likert tipinde olan ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşam düşünülerek yanıtlanması istenmektedir. Ölçeğin orijinalinde her bir maddenin 1-6, veya 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı madde puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100’e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100’e dönüştürülmesi için; $[(\text{ölçekten alınan ham puan}-18) \times 100/90]$ formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100’e dönüştürülmüş ölçek puanı; $[(63-18) \times 100/90=50]$ olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

Anketin üçüncü bölümünde “İlişkilerde Mutluluk Ölçeği” (İMÖ) kullanılmıştır. Yakın ilişkilerin genel değerlendirmesini içeren İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (Relationship Happiness Questionnaire) 6 maddelik bir ölçek olup, Fletcher ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri; sevgi, mutluluk, genel doyum, ilişkinin istikrarı, sorunların ciddiyeti ve ilişkiye bağlılık/yükümlülük düzeyi ile ilgili algıları ölçmektedir. Maddeler, 7 basamaklı bir ölçek üzerinden

puanlanmaktadır (örneğin hiç sevmiyorum 1....2....3....4....5....6...7 çok seviyorum gibi). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 42'dir. Ölçeğin standardizasyon çalışması Kışlak (2002) tarafından yapılmış ve ölçeğinin genel güvenilirliği $\alpha=0,877$ olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: CYKÖ-K ve İMÖ puanları

Bağımsız değişkenler: Kadınların sosyo-demografik özellikleri

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmaya, Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Tüp Bebek Kliniğine, Aralık 2014-Haziran 2015 tarihlerinde başvuran, çalışmaya katılmaya istekli olan, okuma yazma bilen, herhangi bir zihinsel engeli olmayan ve Türkçe konuşup yazan hastalar dâhil edilmiştir.

Kadınların evlilik sayısı, çok eşlilik, cinsel yolla bulaşan veya mental bilişsel hastalık yaşama durumu, beslenme, sigara ve alkol kullanımı, antibiyotik veya antidepresan kullanımı, uzun ve yoğun yaşanan stres durumları, psikolojik destek alma durumu, kadınların ve eşlerinin sosyo-kültürel yapısı, kadınların ve cinsel eşlerinin herhangi bir cinsel sağlık problemi olmasına yönelik bilgilerin alınmaması,

aile ilişkilerine yönelik sorgulamaların yapılmaması ve eşlerinin çalışmaya dâhil edilmemesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Tüp Bebek Kliniğine Aralık 2014 – Haziran 2015 tarihlerinde başvurmuş olan evli kadınlara genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma öncesinde, Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Etik Kurulu'na başvuru yapılarak 10/12/2014 tarihinde gerekli izin alınmıştır (Ek 2). Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilerek istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları konusunda bilgi verilmiş ve kadınların yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm kadınlara anket uygulaması sonrasında ihtiyaç duydukları konularda gerekli bilgilendirmeler yapılarak soruları cevaplanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kadınların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 1. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri (n:187)

Değişkenler	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş grubu	20-25 yaş	31	16,6
	26-30 yaş	48	25,7
	31-35 yaş	52	27,8
	36-40 yaş	26	13,9
	41 yaş üstü	30	16,0
Öğrenim Durumu	İlköğretim	16	8,6
	Lise	50	26,7
	Üniversite	121	64,7
Meslek	Memur	59	31,6
	İşçi	23	12,3
	Serbest	22	11,8
	Emekli	19	10,2
	Ev Hanımı	64	34,2
Eşin Öğrenim Durumu	İlköğretim	7	3,7
	Lise	63	33,7
	Üniversite	117	62,6
Eşin Mesleği	Memur	14	7,5
	İşçi	62	33,2
	Serbest	111	59,4
Evlenme Şekli	Görücü Usulü	37	19,8
	Anlaşarak	150	80,2

Evlilik Yaşı	18-25 Yaş	86	46,0
	26-30 Yaş	63	33,7
	31 Yaş üstü	38	20,3
Evlilik Süresi	2-5 Yıl	90	48,1
	6-10 Yıl	72	38,5
	11 Yıl üstü	25	13,4
Başka çocuğu olma durumu	Var	25	13,4
	Yok	162	86,6
Daha Önce Gebe Kalma Durumu	Evet	65	34,8
	Hayır	122	65,2
İnfertite Tedavi Süresi	1 Yıl	123	65,8
	2 Yıl	34	18,2
	3 Yıl ve üzeri	30	16,0
Uygulanan Yardımcı Üreme Tekniği Sayısı	İlk Kez	55	29,4
	İki Kez	45	24,1
	Üç Kez ve Üzeri	87	46,5
İnfertilite Sorununun Kime Ait Olduğu	Kadına	42	22,5
	Erkeğe	49	26,2
	Her İki Eşe	18	9,6
	Nedeni Belli Değil	78	41,7
TOPLAM		187	100,0

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Kadınlar yaş değişkenine göre 31’i (%16,6) 20-25, 48’i (%25,7) 26-30, 52’si (%27,8) 31-35, 26’sı (%13,9) 36-40, 30’u (%16,0) 41 yaş üstü olarak bulunmuştur.

Kadınların, 16’sının (%8,6) ilköğretim, 50’sinin (%26,7) lise, 121’inin (%64,7) üniversite mezunu olduğu; 59’unun (%31,6) memur, 23’ünün (%12,3) işçi,

22'sinin (%11,8) serbest meslek, 19'unun (%10,2) emekli, 64'ünün (%34,2) ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Kadınların, 7'sinin eşi (%3,7) ilköğretim mezunu iken, 63'ünün (%33,7) lise, 117'sinin (%62,6) üniversite mezunu; 14'ü (%7,5) memur olarak görev yapmakta, 62'si (%33,2) işçi olarak, 111'i (%59,4) serbest olarak çalışmaktadır.

Kadınların, 37'si (%19,8) görücü usulü ile evlenirken, 150'sinin (%80,2) anlaşarak evlendiği; 86'sının (%46,0) 18-25 yaşında, 63'ünün (%33,7) 26-30 yaşında, 38'inin (%20,3) 30 yaş üstü evlenmiş olduğu bulunmuştur.

Kadınların, 90'ı (%48,1) 2-5 yıl arası, 72'si (%38,5) 6-10 yıl arası, 25'i (%13,4) 11 yıl üstü evlidir; 25'i (%13,4) çocuk sahibi iken, 162'si (%86,6) çocuk sahibi değildir.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların 65'i (%34,8) daha önce gebe kalmış iken, 122'si (%65,2) gebe kalmamış; 123'ü (%65,8) 1 yıldır, 34'ü (%18,2) 2 yıldır, 30'u (%16,0) 3 yıl ve üzeri süredir infertilite tedavisi görmektedir.

Kadınların 55'i (%29,4) ilk kez tedavi görürken, 45'i (%24,1) ikinci kez, 87'si (%46,5) üçüncü kez ve üzeri infertilite tedavisi gördüğünü belirtmiş; İnfertilite nedeni olarak 42'si (%22,5) kadından kaynaklı olduğu, 49'u (%26,2) erkekten kaynaklı olduğu, 18'i (%9,6) her iki eşten kaynaklı olduğu, 78'i (%41,7) nedeni belli şekilde yanıt vermiştir.

Tablo 2. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeyleri Puan Ortalaması (n:187)

Ölçekler	n	Ort	Ss	Min.	Max.
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	187	89,736	9,898	46,300	98,150
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	187	37,604	2,752	32,000	42,000

Araştırmaya katılan kadınların “cinsel yaşam kalitesi” düzeyi $89,736 \pm 9,898$; “ilişkilerde mutluluk” düzeyi $37,604 \pm 2,752$ olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Yaş Grubu	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	20-25 yaş	31	93,041	4,302	4,442	0,002	1 > 2 3 > 2 5 > 2
	26-30 yaş	48	85,301	17,035			
	31-35 yaş	52	90,972	4,412			
	36-40 yaş	26	88,426	5,266			
	40 Yaş üstü	30	92,407	4,986			
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	20-25 yaş	31	38,548	1,121	3,377	0,011	1 > 2 3 > 2 1 > 4
	26-30 yaş	48	36,667	3,110			
	31-35 yaş	52	38,192	2,124			
	36-40 yaş	26	37,000	3,359			
	40 Yaş üstü	30	37,633	3,253			

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının yaş değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=4,442$; $p=0,002 < 0,05$) (Tablo 3). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Yaşı 20-25 olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($93,041 \pm 4,302$), yaşı 26-30 olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($85,301 \pm 17,035$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 31-35 olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($90,972 \pm 4,412$), yaşı 26-30 olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($85,301 \pm 17,035$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 40 yaş üstü olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($92,407 \pm 4,986$), yaşı 26-30 olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($85,301 \pm 17,035$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının yaş değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek

için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,377$; $p=0,011<0,05$) (Tablo 3). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Yaşı 20-25 olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,548 \pm 1,121$), yaşı 26-30 olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($36,667 \pm 3,110$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 31-35 olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,192 \pm 2,124$), yaşı 26-30 olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($36,667 \pm 3,110$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 20-25 olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,548 \pm 1,121$), yaşı 36-40 olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,000 \pm 3,359$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Öğrenim durumu	n	Ort	Ss	F	p
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	İlköğretim	16	91,435	5,509	0,641	0,528
	Lise	50	90,611	4,486		
	Üniversite	121	89,149	11,781		
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	İlköğretim	16	39,000	1,265	2,368	0,097
	Lise	50	37,340	2,608		
	Üniversite	121	37,529	2,910		

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi, ilişkilerde mutluluk puanlarının öğrenim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Mesleğe Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Meslek	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Memur	59	90,113	5,460	2,982	0,020	4 > 1 4 > 2 4 > 5
	İşçi	23	88,969	0,879			
	Serbest	22	91,035	4,751			
	Emekli	19	95,858	2,378			
	Ev Hanımı	64	87,399	15,317			
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	Memur	59	37,288	2,773	3,683	0,007	5 > 1 2 > 4 5 > 4
	İşçi	23	37,652	2,461			
	Serbest	22	37,364	4,042			
	Emekli	19	35,947	2,697			
	Ev Hanımı	64	38,453	1,991			

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının meslek değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=2,982$; $p=0,020 < 0.05$) (Tablo 5). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Mesleği emekli olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($95,858 \pm 2,378$), meslek memur olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($90,113 \pm 5,460$) yüksek bulunmuştur. Meslek emekli olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($95,858 \pm 2,378$), meslek işçi olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($88,969 \pm 0,879$) yüksek bulunmuştur. Meslek emekli olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($95,858 \pm 2,378$), meslek ev hanımı olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($87,399 \pm 15,317$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının meslek değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,683$; $p=0,007 < 0.05$) (Tablo 5). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Meslek ev hanımı olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,453 \pm 1,991$), meslek memur olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından

(37,288 ± 2,773) yüksek bulunmuştur. Meslek işçi olanların ilişkilerde mutluluk puanları (37,652 ± 2,461), meslek emekli olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından (35,947 ± 2,697) yüksek bulunmuştur. Meslek ev hanımı olanların ilişkilerde mutluluk puanları (38,453 ± 1,991), meslek emekli olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından (35,947 ± 2,697) yüksek bulunmuştur.

Tablo 6. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Eşin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Eşin öğrenim durumu	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	İlköğretim	7	94,974	0,495	6,600	0,002	1 > 2 3 > 2
	Lise	63	86,288	15,104			
	Üniversite	117	91,279	4,963			
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	İlköğretim	7	40,000	0,000	2,834	0,061	
	Lise	63	37,571	2,638			
	Üniversite	117	37,479	2,839			

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının eşin öğrenim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (F=6,600; p=0,002<0.05) (Tablo 6). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eşin öğrenim durumu ilköğretim olanların cinsel yaşam kalitesi puanları (94,974 ± 0,495), eşin öğrenim durumu lise olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından (86,288 ± 15,104) yüksek bulunmuştur. Eşin öğrenim durumu üniversite olanların cinsel yaşam kalitesi puanları (91,279 ± 4,963), eşin öğrenim durumu lise olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından (86,288 ± 15,104) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının eşin öğrenim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını

incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Eşin Mesleğine Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Eşin mesleği	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Memur	14	83,796	1,441	3,524	0,031	2 > 1 3 > 1
	İşçi	62	91,413	3,798			
	Serbest	111	89,548	12,301			
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	Memur	14	36,714	4,046	1,163	0,315	
	İşçi	62	37,436	2,584			
	Serbest	111	37,811	2,648			

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının eşin mesleği değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,524$; $p=0,031<0.05$) (Tablo 7). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eşin mesleği işçi olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($91,413 \pm 3,798$), eşin mesleği memur olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($83,796 \pm 1,441$) yüksek bulunmuştur. Eşin mesleği serbest olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($89,548 \pm 12,301$), eşin mesleği memur olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($83,796 \pm 1,441$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının eşin mesleği değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 7).

Tablo 8. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Evlenme Şekline Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Evlenme şekli	n	Ort	Ss	t	p
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Görücü Usulü	37	89,790	4,251	0,037	0,952
	Anlaşarak	150	89,722	10,860		
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	Görücü Usulü	37	36,405	3,253	-3,023	0,012
	Anlaşarak	150	37,900	2,540		

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının evlenme şekli değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan t-testi sonucunda farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının evlenme şekli değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan t-testi sonucunda farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=-3.023$; $p=0.012<0,05$) (Tablo 8). Anlaşarak evlenenlerin ilişkilerde mutluluk puanları ($x=37,900$), görücü usulü ile evlenenlerin ilişkilerde mutluluk puanlarından ($x=36,405$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 9. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Evlilik Yaşına Göre Ortalamaları (n: 187)

Ölçekler	Evlilik Yaşı	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	18-25 Yaş	86	89,180	13,623	0,252	0,778	
	26-30 Yaş	63	90,153	4,105			
	31 Yaş üstü	38	90,302	6,046			
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	18-25 Yaş	86	38,174	2,093	3,634	0,028	1 > 2
	26-30 Yaş	63	37,016	3,240			
	31 Yaş üstü	38	37,290	2,995			

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının evlilik yaşı değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının evlilik yaşı değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,634$; $p=0,028<0.05$) (Tablo 9). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Evlilik yaşı 18-25 yaş olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,174 \pm 2,093$), evlilik yaşı 26-31 yaş olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,016 \pm 3,240$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Evlilik Süresine Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Evlilik Süresi	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	2-5 Yıl	90	87,963	13,347	3,080	0,048	2 > 1
	6-10 Yıl	72	91,782	4,332			
	11 Yıl üstü	25	90,222	4,311			
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	2-5 Yıl	90	37,089	2,638	6,141	0,003	3 > 1 3 > 2
	6-10 Yıl	72	37,694	3,015			
	10 Yıl üstü	25	39,200	1,528			

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının evlilik süresi değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,080$; $p=0,048<0.05$) (Tablo 10). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Evlilik süresi 6-10 yıl olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($91,782 \pm 4,332$), evlilik süresi 2-5 yıl olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($87,963 \pm 13,347$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının evlilik süresi değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=6,141$; $p=0,003<0.05$) (Tablo 10). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Evlilik süresi 10 yıl üstü olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($39,200 \pm 1,528$), evlilik süresi 2-5 yıl olanların ilişkilerde

mutluluk puanlarından ($37,089 \pm 2,638$) yüksek bulunmuştur. Evlilik süresi 10 yıl üstü olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($39,200 \pm 1,528$), evlilik süresi 6-10 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,694 \pm 3,015$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 11. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Çocuğu Olma Durumuna Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Çocuğu Olma durumu	n	Ort	Ss	t	p
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Var	25	87,704	2,934	-1,103	0,022
	Yok	162	90,049	10,543		
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	Evet	25	40,320	1,547	5,738	0,000
	Hayır	162	37,185	2,659		

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının çocuk sahipliği değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan t-testi sonucunda farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=-1.103$; $p=0.022<0,05$) (Tablo 11). Çocuk sahibi olmayanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($x=90,049$), Çocuk sahibi olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($x=87,704$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının çocuk sahipliği değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan t-testi sonucunda farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=5.738$; $p=0.000<0,05$) (Tablo 11). Çocuk sahibi olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($x=40,320$), Çocuk sahibi olmayanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($x=37,185$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 12. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Daha Önce Gebe Kalma Durumuna Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Daha önce gebe kalma durumu	n	Ort	Ss	t	p
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Evet	65	84,388	14,396	-5,856	0,000
	Hayır	122	92,585	4,176		
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	Evet	65	38,031	2,979	1,553	0,122
	Hayır	122	37,377	2,607		

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının daha önce gebe kalma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan t-testi sonucunda farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=-5.856$; $p=0.000<0,05$) (Tablo 12). Daha önce gebe kalmayanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($x=92,585$), daha önce gebe kalanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($x=84,388$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının daha önce gebe kalma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan t-testi sonucunda farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin İnfertite Tedavi Süresine Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	İnfertilite Tedavi Süresi	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	1 Yıl	123	88,279	11,527	4,125	0,018	2 > 1
	2 Yıl	34	93,056	4,821			
	3 Yıl Ve üzeri	30	91,944	3,997			
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	1 Yıl	123	37,276	2,708	5,624	0,004	2 > 1 2 > 3
	2 Yıl	34	39,000	2,243			
	3 Yıl Ve üzeri	30	37,367	3,034			

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının infertite tedavi süresi değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (F=4,125; p=0,018<0.05) (Tablo 13). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. İnfertite tedavi süresi 2 yıl olanların cinsel yaşam kalitesi puanları (93,056 ± 4,821), infertite tedavi süresi 1 yıl olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından (88,279 ± 11,527) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının infertite tedavi süresi değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (F=5,624; p=0,004<0.05) (Tablo 13). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. İnfertite tedavi süresi 2 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanları (39,000 ± 2,243), infertite tedavi süresi 1 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından (37,276 ± 2,708) yüksek bulunmuştur. İnfertite tedavi süresi 2 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanları (39,000 ± 2,243), infertite tedavi süresi 3 yıl ve üzeri olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından (37,367 ± 3,034) yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Uygulanan Yardımcı Üreme Tekniği Sayısına Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	Uygulanan Yardımcı Üreme Tekniği Sayısı	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	İlk Kez	55	91,397	4,827	15,921	0,000	1 > 2 3 > 2
	İki Kez	45	83,025	17,258			
	Üç Kez ve üzeri	87	92,156	3,690			
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	İlk Kez	55	37,182	2,887	2,242	0,109	
	İki Kez	45	37,244	2,805			
	Üç Kez ve üzeri	87	38,058	2,594			

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup

oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=15,921$; $p=0,000<0.05$) (Tablo 14). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı ilk kez olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($91,397 \pm 4,827$), uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı iki kez olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($83,025 \pm 17,258$) yüksek bulunmuştur. Uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı üç kez ve üzeri olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($92,156 \pm 3,690$), uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı ikinci kez olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($83,025 \pm 17,258$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin İnfertilite Sorununun Kime Ait Olduğuna Göre Ortalamaları (n:187)

Ölçekler	İnfertilite Sorununun Kime Ait Olduğu	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadına	42	94,180	3,222	21,243	0,000	1 > 2
	Erkeğe	49	82,030	15,872			4 > 2
	Her İkisine	18	86,574	5,494			1 > 3
	Nedeni Belli Değil	78	92,913	2,510			4 > 3
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	Kadına	42	37,762	1,985	4,852	0,003	1 > 3
	Erkeğe	49	38,429	2,336			2 > 3
	Her İkisine	18	35,667	4,073			4 > 3
	Nedeni Belli Değil	78	37,449	2,790			2 > 4

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının infertilite sorununun kime ait olduğu değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=21,243$; $p=0,000<0.05$) (Tablo 15). Farklılığın hangi gruptan

kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. İnfertilite sorunu kadına ait olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($94,180 \pm 3,222$), sorunun erkeğe ait olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($82,030 \pm 15,872$) yüksek bulunmuştur. İnfertilite sorunun nedeni belli değil olmayanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($92,913 \pm 2,510$), sorunun erkeğe ait olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($82,030 \pm 15,872$) yüksek bulunmuştur. İnfertilite sorunu kadına ait olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($94,180 \pm 3,222$), sorunun her ikisine ait olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($86,574 \pm 5,494$) yüksek bulunmuştur. İnfertilite sorununun nedeni belli değil olmayanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($92,913 \pm 2,510$), her ikisine ait olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($86,574 \pm 5,494$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların ilişkilerde mutluluk puanlarının infertilite sorununun kime ait olduğu değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek için uygulanan Anova testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=4,852$; $p=0,003<0.05$) (Tablo 15). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. İnfertilite sorunu kadına ait olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($37,762 \pm 1,985$), her ikisine ait olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($35,667 \pm 4,073$) yüksek bulunmuştur. Sorunun erkeğe ait olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,429 \pm 2,336$), her ikisine ait olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($35,667 \pm 4,073$) yüksek bulunmuştur. Sorunun kime ait olduğu belli değil olmayanların ilişkilerde mutluluk puanları ($37,449 \pm 2,790$), her ikisine ait olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($35,667 \pm 4,073$) yüksek bulunmuştur. İnfertilite sorunu erkeğe ait olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,429 \pm 2,336$), sorunun kime ait olduğu belli olmayanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,449 \pm 2,790$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 16. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi İle İlişkilerde Mutluluk Düzeyleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi (n:187)

Ölçekler		Cinsel Yaşam Kalitesi	İlişkilerde Mutluluk
Cinsel Yaşam Kalitesi	r	1,000	
	p	0,000	
İlişkilerde Mutluluk	r	-0,063	1,000
	p	0,395	0,000

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile İlişkilerde Mutluluk ölçeği arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16).

5. TARTIŞMA

5.1. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)'ne Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** düzeyi $89,736\pm9,898$ olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Çoban'ın (2012) çalışmasında, postpartum dönemdeki kadınların Cinsel yaşam kalitesi toplam puan ortalaması $69.69\pm1,872$ olarak bulunmuştur (55). Doğan ve ark.'ın (2013), 18-65 yaşları arasında, evli ve kronik hastalığı olmayan kadınlarda yaptığı çalışmada cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 85.51 ± 18.21 . olarak bulunmuştur (56). Yaralı'nın (2013) çalışmasında, evli kadınların cinsel yaşam kalitesi toplam puanlarına ilişkin aritmetik ortalama değeri 68.51 ± 21.63 olarak bulunmuştur (31). Yörük'ün (2013) doğum sonu dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmasında, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu toplam ölçek puan sıra ortalamasının $61,54$ olduğu görülmüştür (57). Kırıkkaleli'nin (2015) çalışmasında, gebelerin gebelik öncesi dönem için cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden almış oldukları ortalama puan $86,28\pm14,55$ 'tir (58). Kim ve Kang'ın (2015) Kore'de orta yaşlı yetişkinler üzerinde yaptıkları bir çalışmada kadınların cinsel yaşam kalitesi ortalama puanı 72.91 bulunmuştur (59). Symonds ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada gebelik süresince CYKÖ puan ortalaması $90,68\pm14,97$, Maasoumi ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise gebelik süresince CYKÖ puan ortalaması $86,40\pm1,78$ 'dir (60,61).

Çalışma bulgusu, Symonds ve ark. (2007) çalışması, Doğan ve ark. (2013) çalışması, Maasoumi ve ark. (2013) ve Kırıkkaleli'nin (2015) çalışması ile benzerlik gösterirken; Çoban'ın (2012), Yaralı'nın (2013) ve Kim ve Kang'ın (2015) sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** puanları ile *yaş grubu* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=4,442$; $p=0,002<0.05$) (Tablo

3). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan post-hoc analizinde; yaşı 20-25 olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($93,041 \pm 4,302$), yaşı 26-30 olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($85,301 \pm 17,035$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 31-35 olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($90,972 \pm 4,412$), yaşı 26-30 olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($85,301 \pm 17,035$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 40 yaş üstü olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($92,407 \pm 4,986$), yaşı 26-30 olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($85,301 \pm 17,035$) yüksek bulunmuştur.

Çalışma bulgularında, 26-30 yaş grubundaki kadınların puanlarının diğer tüm yaş gruplarına göre daha düşük çıkması, özellikle bu yaş grubunun kadınların doğurganlıklarının en fazla olarak kabul edilen yaş aralığına denk geliyor olması ve bu dönemde daha fazla çocuk sahibi olmaları nedeniyle uğraş sarf ettiklerini düşündürmüştür. Çocuk sahibi olmak için, daha fazla çaba gösteriyor olmak, çoğu zaman cinsel ilişki zamanının kadının yumurtlama durumuna göre planlanıyor olmasının da cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanmıştır. Kadınlardan 20-25 yaş grubunda cinsel yaşam kalitesinin en yüksek olması, bu yaş grubunun yeni evlenmiş olmaları nedeniyle çocuk sahibi olmaya çok fazla odaklanmadıkları, çocuk sahibi olmak için daha önlerinde uzun bir zaman olduğunu düşündükleri şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde, 40 yaş ve üzeri olanların ise, daha önce çocuğu olabilecekleri ya da çocuk sahibi olmak adına uzun süre uğraşmış olmaları nedeniyle bu süreçte cinsel yaşamlarının çok fazla etkilenmediği düşünülmüştür. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Çoban'ın (2012) postpartum kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında, yaş grubu ile CYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuş, 30 yaş ve üzeri kadınların puanları diğerlerinden düşük bulunmuştur (55). Yaralı'nın (2013) çalışmasında, kadınların yaşları ilerledikçe, cinsel yaşam kalitesi puanlarında düşüş olduğu, istatistiksel olarak da gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p < 0.05$) (31).

Araştırmaya katılan kadınların *CYKÖ-K* puanları ile *öğrenim durumu* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4). Bu sonuç, cinselliğin, temel fizyolojik bir gereksinim olduğu ve sadece bireylerin

öğrenim durumunun cinsel ilişkinin kalitesini belirlemede tek başına bir etken olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Kırço'nun (2009) çalışmasında, infertil çiftlerin eğitim düzeyi ile cinsel yaşamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (43). Değerli Kodaz'ın (2013) gebelerle yaptığı çalışmasında, öğrenim durumunun cinsel yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (62).

Çalışma bulgusunun aksine, Çoban'ın (2012) postpartum kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında, eğitim durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuş, ilkokulu mezunlarının puanı en düşükken, üniversite mezunlarının puanları en yüksek bulunmuştur (55). Yaralı'nın (2013) çalışmasında, cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde; eğitim düzeyi yüksek olan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş, yapılan istatistiksel analizlerde de gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (31). Kim ve Kang'ın (2015) çalışmasında, cinsel yaşam kalitesi ortalama puanlarının eğitim seviyesi yükseldikçe arttığı belirtilmiştir (59). Bu sonuçların çalışma bulgusu ile farklılık göstermesinin, çalışmaların infertil olmayan bireyler üzerinde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** puanları ile **meslekleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=2,982$; $p=0,020<0.05$) (Tablo 5). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan post-hoc analizinde; emekli olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($95,858 \pm 2,378$), memur olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($90,113 \pm 5,460$) yüksek bulunmuştur. Emekli olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($95,858 \pm 2,378$), işçi olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($88,969 \pm 0,879$) yüksek bulunmuştur. Emekli olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($95,858 \pm 2,378$), ev hanımı olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($87,399 \pm 15,317$) yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgusunda, en düşük puanın ev hanımlarına, en yüksek puanın ise emekli olanlara ait olduğu görülmüştür. Bu farklılığın, çalışma stresinden uzak olan iki gruptan emekli olanlarında sosyo kültürel birikim ve kazanılmış statünün daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Yaralı'nın (2013) çalışmasında, mesleklerine göre cinsel yaşam kalitesi incelendiğinde ev hanımlarının puanları daha düşük görülmüş, cinsel yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasındaki fark anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (31). Değerli Kodaz'ın (2013) çalışmasında, çalışan ve çalışmayan kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları arasında fark bulunmuş ($p<0,05$) ve ev hanımı olanların puan ortalamasının çalışanlardan düşük olduğu saptanmıştır (62).

Çalışma bulgusundan farklı olarak, Çoban'ın (2012) postpartum kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında, çalışma durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuş, çalışan kadınların puanları, çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur (55). Tashbulatova'nın (2007) infertil kadınların cinsel fonksiyonlarına etki eden faktörlere ilişkin yaptığı çalışmasında, kadınların gelir düzeyi arttıkça cinsel fonksiyonlarında bir düzelme olduğu bildirilmiştir (41). Kim ve Kang'ın (2015) çalışmasında, çalışanların cinsel yaşam kalitesi çalışmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (59). Bu sonuçların, çalışma bulgusu ile farklı olmasının örneklem gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların *CYKÖ-K* puanları ile *eşin öğrenim durumu* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=6,600$; $p=0,002<0.05$) (Tablo 6). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan post-hoc analizinde; ilköğretim mezunu olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($94,974 \pm 0,495$), lise olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($86,288 \pm 15,104$) yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunu olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($91,279 \pm 4,963$), lise olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($86,288 \pm 15,104$) yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgusunda en yüksek puanın eşi ilköğretim mezunu olanlara ait olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek olanların, cinsel yaşam kalitesi puanlarının ilköğretim mezunlarına göre düşük çıkması, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin beklentilerinin arttığı, mesleki statülerinin daha üst düzeyde olması nedeniyle infertiliteyi bir başarısızlık olarak düşünmeleri nedeniyle cinsel yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışma bulgusunu aksine, Yaralı'nın (2013) çalışmasında, kadınların eşlerinin eğitim durumu arttıkça cinsel yaşam kalitesi puanlarının arttığı saptanmış, eşlerinin eğitim durumuna göre cinsel yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (31). Çoban'ın (2012) postpartum kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında, eşin eğitim durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuş, ilkokulu mezunlarının puanı en düşükken, üniversite mezunlarının puanları en yüksek bulunmuştur (55). Kırıkkaleli'nin (2015), gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile gebelik öncesi CYKÖ puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0,05$); Eşleri ilköğretim mezunu olan gebelerin gebelik öncesi cinsel yaşam kalitesi, eşleri lise, lisans ve master/doktora mezunu olan gebelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (58). Değerli Kodaz'ın (2013) çalışmasında, eşin öğrenim durumu ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasında fark bulunmuş ($p<0,05$) ve öğrenim durumu yüksekokul ve üzeri olanların, ilkokul ve ortaokul olanlara göre CYKÖ-K puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (62). Gölbaşı ve ark. (2014), Ege ve ark (2010), Özerdoğan ve ark. (2009) çalışmalarında eşlerin eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitelerinin de arttığı belirtilmiştir (63,64,65).

Araştırmaya katılan kadınların *CYKÖ-K* puanları ile *eşin mesleği* arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3,524$; $p=0,031<0.05$) (Tablo 7). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan post-hoc analizinde; işçi olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($91,413 \pm 3,798$), memur olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($83,796 \pm 1,441$) yüksek bulunmuştur. Serbest meslek olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($89,548 \pm 12,301$), memur olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($83,796 \pm 1,441$) yüksek bulunmuştur. Eşi memur olanların cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması diğerlerinden daha düşük çıkmıştır. Bu sonucun, memur olan eşlerin sayısının diğerlerine oranla az olmasından ($n:14$) kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, çiftlerin hizmet aldıkları hastanenin sosyal güvenlik kurumları ile anlaşması olmaması nedeniyle ücretli tedavi olmalarını, memurların işi gereği daha fazla bürokratik iş ve evrakla uğraşmasının da cinsel ilişkilerini olumsuz etkilediği düşünülmüştür.

Çalışma bulgusunun aksine, Yaralı'nın (2013) çalışmasında, kadınların cinsel yaşam kalitesi puanları, eşlerinin mesleklerine göre incelendiğinde; gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür (31). Değerli Kodaz'ın (2013) çalışmasında, eşin mesleği ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (62). Bu farklılıkların çalışmaların yapıldığı örneklem gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların *CYKÖ-K* puanları ile *evlenme şekli* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8). Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Değerli Kodaz'ın (2013) gebelerle yaptığı çalışmasında, evlenme şeklinin cinsel yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (62).

Çalışma bulgusunun aksine, Yaralı'nın (2013) çalışmasında, cinsel yaşam kalitesi puanları evlenme şekillerine göre değerlendirildiğinde; anlaşarak evlenen kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (31). Çoban'ın (2012) postpartum kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında, evlenme şekli ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuş, görücü usulü ile evlenenlerin puanı, tanışıp/anlaşarak evlenenlerden düşük bulunmuştur (55). Bu sonuçlar ile, çalışma bulgusunun farklı olmasının, örneklem gruplarının benzer özellikleri taşıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların *CYKÖ-K* puanları ile *evlilik yaşı* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9). Her ne kadar kadının evlilik yaşının, cinselliği yaşamaya hazır oluşunu etkilediği düşünülse de, cinsel yaşam kalitesini tek başına belirlemede yeterli bir bulgu olarak gözükmemektedir. Çalışma bulgusunun aksine, Yaralı'nın (2013) çalışmasında, evlilik yaşı yüksek olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuş, kadınların ilk evlilik yaşına göre cinsel yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür (31). Bu sonucun, örneklem gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** puanları ile **evlilik süreleri** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,080$; $p=0,048<0,05$)(Tablo 10). Evlilik süresi 6-10 yıl olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($91,782 \pm 4,332$), evlilik süresi 2-5 yıl olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($87,963 \pm 13,347$) yüksek bulunmuştur. Evlilik süresi 2-5 yıl olanların puanları diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuştur. Çalışmamızda evlilik süreci daha uzun olan çiftlerin cinsel yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, evlilik süresi daha fazla olan kadınların süreci daha iyi kabullendiği şeklinde yorumlanmıştır. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde Çoban'ın (2012) çalışmasında, kadınların evlilik süreleri ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (55). Kısa ve ark. (2014) bulgularına göre evlilik süresi ile cinsel yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki vardır, evlilik süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesi de artmaktadır (67).

Çalışma sonucundan farklı olarak Tashbulatova'nın (2007) ve Acar'ın (2008) çalışmalarında evlilik süresinin cinsel sorun yaşama durumunu etkilemediği belirtilmiştir (41,66). Kırıkkaleli'nin (2015) çalışmasında, gebelerin evlilik süreleri ile CYKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (58). Güvel ve ark. (2002) ve Çayan ve ark. (2001) çalışmalarında evlilik süresi arttıkça cinsel işlevler azalmaktadır (52,68). Kim ve Kang'ın (2015) çalışmasında, evlilik süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesinde azalma olduğu bulunmuştur (59). Örneklem gruplarının çalışmanın örneklem grubundan farklı olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** puanları ile **çocuğu olma durumu** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=5,738$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 11). Çocuk sahibi olmayanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($x=90,049$), çocuk sahibi olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($x=87,704$) yüksek bulunmuştur. Bu sonucu, çocuğu olan kadınların sayısının az olmasının ($n: 25$) etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, çocuğu olan kadınların, çocuğun sorumluluğu, annelik ve eş rolleri gereği cinsel yaşamı çok fazla önemsemedikleri şeklinde de yorumlanabilir. Yaralı'nın (2013) çalışmasında, kadınların çocuk sayıları arttıkça cinsel yaşam kalitesi puan

ortalamaları düşmüş, yapılan istatistiksel analizlerde de grupların arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (31). Witting ve ark. (2008), çalışmasında çocuk sayısının cinsel fonksiyonlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (69).

Çalışma bulgusundan farklı olarak, Akyüz'ün (2009) çalışmasında, kadınlarda yaşayan çocuk sayılarının cinsel sorun yaşama durumunda etkili olmadığı belirtilmiştir (70).

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** puanları ile **daha önce gebe kalma durumu** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=-5.856$; $p=0.000<0,05$) (Tablo 12). Kadınlardan daha önce gebe kalmayanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($x=92,585$), daha önce gebe kalanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($x=84,388$) yüksek bulunmuştur. Bu sonucu, daha önce gebe kalmış olan kadınların sayısının az olmasının ($n: 65$) etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, daha önce gebe kalmış olan kadınların gebelik ve doğum sonu süreçte yaşamış oldukları bazı olumsuz deneyimlerin cinsel yaşamlarını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışma bulgusunun aksine, Akyüz'ün (2009) çalışmasında, kadınların doğum yapma durumlarının, cinsel sorun yaşama durumunda etkili olmadığı belirtilmiştir (70).

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** puanları ile **infertilite tedavi süresi** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=4,125$; $p=0,018<0.05$) (Tablo 13). İnfertilite tedavi süresi 2 yıl olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($93,056 \pm 4,821$), infertilite tedavi süresi 1 yıl olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($88,279 \pm 11,527$) yüksek bulunmuştur. İnfertilite tedavi süresi 1 yıl olanların cinsel yaşam kalitesinin diğerlerinden daha kötü olduğu görülmektedir. Bu sonucu, bu grupta yer alan kadınlarının sayısının diğerlerine oranla daha fazla ($n:123$) olmasının etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, infertilite tedavisi gören çiftlerin ilk yıllarında daha yoğun sıkıntılar yaşadıkları, iki yıl ve üzeri sürede durumu kabullenme ile daha kaliteli bir cinsel yaşam sürdükleri düşünülmektedir. Tedavinin ilk yıllarında

beklentinin fazla olması ve yoğun geçen tedavi protokollerinin çiftin cinsel yaşamı üzerinde olumsuz etkisi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** puanları ile **uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=15,921$; $p=0,000<0.05$) (Tablo 14). İlk kez uygulama yapılanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($91,397 \pm 4,827$), ikinci kez olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($83,025 \pm 17,258$) yüksek bulunmuştur. Üç kez ve üzeri olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($92,156 \pm 3,690$), iki kez olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($83,025 \pm 17,258$) yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, kadınlardan ikinci kez uygulama yapılanların cinsel yaşam kalitelerinin diğer gruplara göre daha fazla etkilendiği görülmektedir. Bunun ilk kez tedavi alan çiftlerin daha fazla umutlu olmasından ve tedavi sayısı arttıkça sürecin daha iyi kabullenildiğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların **CYKÖ-K** puanları ile **inferilite nedeninin kime ait olduğu** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=21,243$; $p=0,000<0.05$) ($F=4,852$; $p=0,003<0.05$) (Tablo 15). Kadına bağlı olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($94,180 \pm 3,222$), erkeğe bağlı olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($82,030 \pm 15,872$) yüksek bulunmuştur. Nedeni belli olmayanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($92,913 \pm 2,510$), erkeğe bağlı olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($82,030 \pm 15,872$) yüksek bulunmuştur. Kadına bağlı olanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($94,180 \pm 3,222$), her ikisine bağlı olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($86,574 \pm 5,494$) yüksek bulunmuştur. Sorunun kime ait olduğu belli olmayanların cinsel yaşam kalitesi puanları ($92,913 \pm 2,510$), her ikisine bağlı olanların cinsel yaşam kalitesi puanlarından ($86,574 \pm 5,494$) yüksek bulunmuştur. Erkekten kaynaklı infertilite durumunda cinsel yaşam kalitesi puanı en düşükken, kadından kaynaklı infertilitede cinsel yaşam kalitesi yüksek olarak bulunmuştur. Türk toplumunda infertilite genellikle kadına atfedilen bir durumdur ve erkekten kaynaklanan durumlarda erkeğin bu durumu kabul etmesin daha zor olmaktadır. Ataerkil toplumlarda, erkekler güç ile eş değer tutulduğu içinde, erkeğin infertil olması, onun kendini güçsüz ve yetersiz olarak algılamasına, bu durum ile baş

edememesine ve bunun sonucunda da cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Çalışma bulgusunu destekler şekilde, Newton ve ark. (1998), Danimarka’da 1153 kadın ve 1149 erkekle yaptıkları çalışmada, erkek kaynaklı infertilitenin, kadın kaynaklı infertiliteye göre cinsel ilişkide daha fazla yıkıcı olduğunu bildirmiştir (71).

5.2. İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ)’ne Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların İMÖ düzeyi $37,604 \pm 2,752$ olarak saptanmıştır (Tablo 2). İnandı ve ark. (2016) Hatay ilinde yaptığı çalışmada, İlişkilerde mutluluk ölçeği ortalamaları akraba evliliği yapanlarda $36,76 \pm 5,41$, yapmayanlarda $36,61 \pm 6,04$ olarak bulunmuştur (72). Tosyalı’nın çalışmasında (2010), araştırma kapsamına alınan evli bireylerin ilişkilerde mutluluk puan ortalaması $33,47 \pm 7,23$ olarak bulunmuştur (73). Bu sonuçlar, çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların İMÖ puanları ile *yaş grubu* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,377$; $p=0,011 < 0,05$) (Tablo 3). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan post-hoc analizinde; yaşı 20-25 olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,548 \pm 1,121$), yaşı 26-30 olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($36,667 \pm 3,110$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 31-35 olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,192 \pm 2,124$), yaşı 26-30 olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($36,667 \pm 3,110$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 20-25 olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,548 \pm 1,121$), yaşı 36-40 olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,000 \pm 3,359$) yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre, 26-30 yaş grubundaki kadınların puanları en düşük iken; 20-25 yaş grubundaki kadınların puanları en yüksek olarak bulunmuştur. Genç yaş grubundaki kadınların henüz evliliklerinin ilk yılları olması nedeniyle yaşadıkları sıkıntıların üstesinden geleceklerine daha fazla inandıkları, 26-30 yaş grubu kadınlarda ise, yaşının geçiyor olması, anne olmaya geç kaldığını düşünme, en üretken olması gereken yaşlarda anne olmayı başaramama kaygısı ve kendini sorgulama durumundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Tosyalı'nın (2010) çalışmasında, İlişkilerde mutluluk puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır (73). Keskin Gürbüz'ün (2007) çalışmasında, infertilite tedavisi gören kadınlarda yaş arttıkça, evlilik uyumunun azaldığı saptanmıştır (74). Greil (1997) çalışmasında, yaş değişkeninin mutluluk için önemli bir etmen olduğunu ve genç insanların yaşlı insanlardan daha mutlu olduklarını, olumlu duygunun genç ve orta yetişkinlerde istikrarlı olduğunu, yaşlı grupta ise azalma gösterdiğini belirtmişlerdir (75).

Araştırmaya katılan kadınların *İMÖ* puanları ile *öğrenim durumu* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ilköğretim mezunu olanların mutluluk düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, bu gruptaki kadın sayısının az olmasından ($n:16$) kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, kadınların eğitim düzeyi arttıkça evlilikten beklentilerinin artması nedeniyle daha mutsuz oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Keskin Gürbüz'ün (2007) çalışmasında, eğitim durumu ile çiftler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (74).

Çalışma bulgusunun aksine, Tosyalı'nın (2010) çalışmasında, İlişkilerde mutluluk puanları ile kadının eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmış, eğitim düzeyleri yükseldikçe ilişkilerde mutluluk algılarının buna paralel olarak arttığı gözlenmiştir (73). Diener, Suh ve Lucas'a (1999) göre, eğitim bireylere amaçları doğrultusunda ilerleme olanağı sağladığı ve onların çevrelerindeki değişikliklere uyum yapmalarına olanak verdiği için, mutluluğu artırıcı bir rol oynamaktadır (76). Dökmen'in (2003) çalışması da, eğitim düzeyindeki yükselişe, evlilik doyumu ve uyumundaki artışın eşlik ettiğini göstermektedir. Öğrenim düzeyi yükseldikçe eşlerin daha kolay ve sağlıklı iletişim kurabilmeleri, dolayısıyla birbirlerini daha iyi anlayabilmeleri ve evlilik ile ilgili sorunlarının çözümüne yönelik daha çok sayıda alternatif üreterek ortak çözüme ulaşabilmeleri ya da uzlaşma sağlayabilmelerinin daha kolay olduğu düşünülmektedir (77). Eğitim, isteklerin

ve beklentilerin artmasına neden olabilmekte ve insanları yeni, farklı değerlere yöneltebilmektedir. İnsanların artan bu istekleri ve beklentileri karşılanmadığında ve yeni değerleri içinde yaşadıkları toplum tarafından kabul görmediğinde, mutsuz olabilmektedirler (78). Bu sonuçlar ile çalışma bulgusunun farklı olmasının, örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların *İMÖ* puanları ile *meslekleri* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,683$; $p=0,007<0.05$) (Tablo 5). *İMÖ* puanlarının karşılaştırmasında ise; ev hanımı olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,453\pm 1,991$), memur olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,288\pm 2,773$) yüksek bulunmuştur. İşçi olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($37,652\pm 2,461$), emekli olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($35,947\pm 2,697$) yüksek bulunmuştur. Ev hanımı olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,453\pm 1,991$), Emekli olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($35,947\pm 2,697$) yüksek bulunmuştur. Emekli olanların puanları en düşükken, ev hanımı olanların puanları en yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonucun, ev hanımı olana kadınların sayıca diğerlerinde fazla olması ($n:64$), kadınların çalışma stresinden uzak olması ve yaş gruplarının emeklilere göre daha genç olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışma bulgusunun aksine, Tosyalı'nın (2010) çalışmasında, çalışan bireylerin ilişkilerde mutluluk algılarının, çalışmayan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (73). Yapılan araştırmalarda yüksek eğitime dayalı bir meslek sahibi olmak kişinin kendine güvenini artırma, kendilik tanımlamasını zenginleştirme gibi sonuçlar yaratabileceğini ve bireyin iş ve yaşam doyumu arasında doğrudan bir ilişki olduğu belirtilmiştir (77,79). Çalışma bulgusu ile sonuçların farklı olmasının, örneklem gruplarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların *İMÖ* puanları ile *eşin öğrenim* durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, eşi ilköğretim mezunu olan kadınların mutluluk düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, kişilerin eğitim düzeyleri arttıkça evlilikten beklentilerinin arttığı ve yaşanan olumsuzlukları daha fazla sorun yaptıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışma bulgusunun aksine, Tosyalı'nın (2010) çalışmasında, İlişkilerde mutluluk puanları ile eşlerinin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Öğrenim düzeyi yükseldikçe eşlerin daha kolay ve sağlıklı iletişim kurabildikleri, dolayısıyla birbirlerini daha iyi anlayabildikleri ve evlilik ile ilgili sorunlarının çözümüne yönelik daha çok sayıda alternatif üreterek ortak çözüme ulaşabilmelerinin ya da uzlaşma sağlayabilmelerinin daha kolay olduğu belirtilmiştir (73). Ancak, infertil bireylerle yapılan bu çalışmada, sonuçlar Tosyalı'nın (2010) sonuçları ile farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların *İMÖ* puanları ile *eşin mesleği* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Örneklem gruplarının homojen dağılım göstermemiş olmasının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, eşi memur olana kadınların mutluluk düzeyleri biraz daha düşük çıkmıştır. Bunun nedeni, memur olanların gelir düzeylerinin diğerlerine göre daha sabit olması, ek gelirlerinin olmaması gibi nedenlere bağlanabilir.

Şener ve Terzioğlu'nun (2008) yaptıkları çalışmada, evli olan kadın ve erkeklerin toplam aylık geliri arttıkça evlilik uyum puanlarının da orantılı olarak arttığı saptanmıştır. Gelir artışı ile evlilik uyumu arasında pozitif ilişki olduğu, evli kadınların gelir düzeylerindeki artış ile evlilikten sağladıkları mutluluk ve evlilik uyumları arasında olumlu ilişki olduğu bulunmuştur (80). Ekonomik durum, bireylerin temel gereksinimlerini karşılayabilmelerinden, kendilerini geliştirebilecek etkinliklere katılabilmeye kadar pek çok hedef için bir gereklilik durumundadır. Bireylerin mutlu olması için gerekli olan asgari temel gereksinimlerin karşılanmaması doyumsuzluğu önemli oranda arttıracaktır.

ve dolayısıyla bireyin yaşamından hoşnut olmasını engelleyeceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların *İMÖ* puanları ile *evlenme şekli* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=-3.023$; $p=0.012<0,05$) (Tablo 8). Anlaşarak evlenenlerin ilişkilerde mutluluk puanları ($x=37,900$), görücü usulü ile evlenenlerin ilişkilerde mutluluk puanlarından ($x=36,405$) yüksek bulunmuştur.

Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Tosyalı'nın (2010) çalışmasında, ilişkilerde mutluluk puanları ile evlenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Anlaşarak evlendiğini belirten bireylerin ilişkilerde mutluluk algılarının, görücü usulü ile evlendiğini söyleyen kişilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (73). Keskin Gürbüz'ün (2007) çalışmasında, evlilik şeklinin çiftler arasında uyum arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre birbirini tanıyıp anlaşarak evlenenlerin ilişkilerini daha sağlam temellere üzerine kurmuş oldukları bu nedenle ilişkilerinde daha mutlu oldukları düşünülmektedir (74). Kendi seçimi yerine başkalarının yönlendirmesi yolu ile ayarlanmış evlilik yapmanın, evlilikte uyumu olumsuz yönde etkilediği, anlaşarak evlenen çiftlerin görücü usulü evlenenlere oranla daha olumlu iletişim içine girdikleri, kendi kararları ile evlenmiş eşlere oranla daha fazla çatışma yaşadıkları belirtilmektedir (81, 82). Görücü usulü ile gerçekleşen evliliklerde eşlerin evlilik öncesinde birçok alanda birbirlerini yeterince tanımamaları, bu tür evliliklerde evlilik öncesi ve sonrasında aile büyüklerinin ve geleneksel düzenlemelerin çoğu zaman eşlerin duygu ve düşüncelerinden öncelikli olarak görülmesi çiftin evlilik ilişkisi üzerinde olumsuz etkilere yol açabileceği; bireylerin kendi kararı ile eşlerini seçmesi kendilerine güven duyan ve yüksek benlik saygısına sahip kişiler olduklarını, bunun da evlilik ilişkilerine olumlu yönde yansıtacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların *İMÖ* puanları ile *evlenme yaşı* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,634$; $p=0,028<0.05$)

(Tablo 9). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Evlilik yaşı 18-25 yaş olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,174 \pm 2,093$), evlilik yaşı 26-31 yaş olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,016 \pm 3,240$) yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, genç grubun evliliklerinin ilk yıllarında olmaları nedeniyle yaşadıkları sorunları çok fazla bütmedikleri ve bu durumu ilişkilerine yansıtmadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Yaşın artması ile birlikte, kadının doğurganlık yeteneğinin azaldığını düşünmeye başlaması ve çocuk sahibi olma konusunda daha aceleci davranmasının ilişkilerindeki mutluluğu etkilediği düşünülmektedir. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Demiray'ın (2006) çalışmasında, en yüksek evlilik uyumunun 20-30 yaş arası yaş grubunda olduğu belirtilmiştir (82).

Araştırmaya katılan kadınların *İMÖ* puanları ile *evlilik süreleri* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=6,141$; $p=0,003<0.05$) (Tablo 10). Evlilik süresi 10 yıl üstü olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($39,200 \pm 1,528$), evlilik süresi 2-5 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,089 \pm 2,638$) yüksek bulunmuştur. Evlilik süresi 10 yıl üstü olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($39,200 \pm 1,528$), evlilik süresi 6-10 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,694 \pm 3,015$) yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucunda, evlilik süresi 10 yıl ve üzeri olanlarda mutluluk düzeyi en yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Güvendi'nin (2016), çalışmasında evliliğinin ilk yıllarında olan kadınların, evliliklerinde daha mutsuz oldukları tespit edilmiştir (83). Evliliği ilk yıllarında beklentilerin fazla olması ve karşılanmayan beklentiler nedeniyle kadınların mutsuzluk yaşadıkları düşünülebilir. Bu durum, evlilikte yılların geçmesiyle birlikte, kadınların evliliğe alışması, bazı olumsuz durumları daha kolay tolere edebildikleri ve infertilite süreci içerisinde yaşadıkları sorunları çok fazla evlilik yaşantısına taşımadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma bulgusunun aksine, Tosyalı'nın (2010) çalışmasında, bireylerin evlilik yılı arttıkça, ilişkilerde mutluluk puanlarının düştüğü belirlenmiştir (73).

Dökmen'in (2003) ve Kışlak ve Çabukça'nın (2002) çalışmalarında, evlilik süresi ile evlilik uyumu ya da doyumunu arasında ilişki bulunamadığı belirtilmektedir (77,84). Keskin Gürbüz'ün (2007) çalışmasında, infertilite tedavisi gören kadınlarda evlilik süresi arttıkça, evlilik uyumunun azaldığı saptanmıştır (74). Eren'in (2008) çalışmasında, kadınlarda evlilik süresi uzadıkça infertilite ile ilişkili algıladıkları global stres, infertilite ile ilişkili sosyal ve cinsel stresin arttığı ifade edilmiştir (85).

Araştırmaya katılan kadınların **İMÖ** puanları ile **çocuğu olma durumu** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=-1.103$; $p=0.022<0,05$) (Tablo 11). Çocuk sahibi olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($x=40,320$), çocuk sahibi olmayanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($x=37,185$) yüksek bulunmuştur. Bu sonuçta, çocuk sahibi olan (n:25) ve olmayanların (n:162) eşit dağılım göstermemiş olmasının etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Bu durum, çocuk sahibi olan ve tekrar çocuk sahibi olmayı isteyen infertil kadınların, yeniden çocuk sahibi olmayı evliliklerindeki mutluluğun odak noktası yapmadıkları; hiç çocuğu olmayanların ise bu durumu daha fazla evlilik yaşantısına yansıtarak mutsuz oldukları şeklinde yorumlanmaktadır. İnfertilite sürecindeki tedavi süreçleri eşlerde fiziksel ve psikolojik tükenmelere neden olduğu için de, çocuğu olmayanların daha fazla mutsuz oldukları düşünülebilir. Tam tersi durumda ise, çocuk sahibi olmanın aile bağını güçlendirdiği ve ilişkide mutluluğu arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışma bulgusunu aksine, Tosyalı'nın (2010) çalışmasında, çocuk sahibi olmayanların ilişkilerde mutluluk puanlarının, bir veya iki çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (73). Demiray'ın (2006) çalışmasında, çocuk sahibi olma ile mutluluk arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (82).

Araştırmaya katılan kadınların **İMÖ** puanları ile **daha önce gebe kalma durumu** istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12). Bu sonuçta, daha önce gebe kalan (n:65) ve gebe kalmayan (n:122) kadınların sayıca homojen olmasından kaynaklanmış olabileceği

düşünülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, daha önce gebe kalmış olan kadınların mutluluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Daha önce gebe kalmış olan kadınların, yeniden gebe kalmaya yönelik ümitlerinin olması, bu ümidin de evlilik ilişkilerini olumlu şekilde etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların **İMÖ** puanları ile **inertilite tedavi süresi** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=5,624$; $p=0,004<0.05$) (Tablo 13). İnfertite tedavi süresi 2 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($39,000\pm 2,243$), infertite tedavi süresi 1 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,276\pm 2,708$) yüksek bulunmuştur. İnfertite tedavi süresi 2 yıl olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($39,000\pm 2,243$), infertite tedavi süresi 3 yıl ve üzeri olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,367\pm 3,034$) yüksek bulunmuştur. Tedavi süresi iki yıl olanların mutluluk düzeyleri diğerinden yüksek bulunmuştur. Bu sonucun, çiftlerin tedavinin ilk yılında ve üçüncü yılında çocuk sahibi olmaya çok fazla odaklanmaları nedeniyle daha fazla stres yaşamalarının evliliklerindeki mutluluklarını etkilediği düşünülmektedir. İki yıldır tedavi olanların ise, farklı uygulama ve tedaviler ile çocuk sahibi olmaya yönelik beklenti ve olumlu duygularının artmasının bu sonuca neden olmuş olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde, Keskin Gürbüz'ün (2007) çalışmasında, infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilite süresi arttıkça, evlilik uyumunun azaldığı saptanmıştır (74). Eren'in (2008) çalışmasında, kadınlarda infertilite süresi uzadıkça infertilite ile ilişkili algıladıkları global stres, infertilite ile ilişkili sosyal ve cinsel stres artmaktadır (85).

Araştırmaya katılan kadınların **İMÖ** puanları ile **uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı** istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte üç ve üzeri kez tedavi uygulananların mutluluk düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, tedavi süreci arttıkça, eşlerin infertilite sorununu kabul ettikleri, tedavinin ilk yıllarında yaşamış oldukları yoğun stres ve anksiyetenin azalmasının evlilik ilişkilerine olumlu şekilde yansıdığı şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde,

Keskin Gürbüz'ün (2007) çalışmasında, IVF tedavi sayısının artmasının evlilik uyumunu etkilemediğini saptanmıştır (74).

Araştırmaya katılan kadınların *İMÖ* puanları ile *infertilite nedenini kime ait olduğu* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=4,852$; $p=0,003<0.05$) (Tablo 15). İnfertilite nedeni kadın olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($37,762\pm1,985$), her ikisine bağlı olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($35,667\pm4,073$) yüksek bulunmuştur. İnfertilite nedeni erkek olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,429\pm2,336$), her ikisine bağlı olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($35,667\pm4,073$) yüksek bulunmuştur. Nedeni belli olmayanların ilişkilerde mutluluk puanları ($37,449\pm2,790$), her ikisine bağlı olanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($35,667\pm4,073$) yüksek bulunmuştur. İnfertilite nedeni erkek olanların ilişkilerde mutluluk puanları ($38,429\pm2,336$), nedeni belli olmayanların ilişkilerde mutluluk puanlarından ($37,449 \pm 2,790$) yüksek bulunmuştur. İnfertilite sonunu her iki eşe ait olanların mutluluk puanları en düşük, erkek olanların mutluluk puanları en yüksek olarak bulunmuştur. Bu durum, her iki eşe ait sorun olmasının çiftin çocuk sahibi olma olasılığını azaltması, bu durumun eşler üzerinde daha fazla stres ve baskı yaratmasının evliliklerindeki mutluluklarını olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanmaktadır. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Lee ve ark. (2001), Tayvan'da infertilite nedeninin evlilik uyumu ve cinsel yaşama etkisini araştırdığı çalışmada; infertilitenin hem kadın hem erkekten kaynaklandığı çiftlerde, kadınlardaki evlilik uyumunun, erkeklere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (86).

Çalışma bulgusunun aksine, Newton ve ark. (1998), Danimarka'da 1153 kadın ve 1149 erkekle yaptıkları çalışmada, erkek kaynaklı infertilitenin, kadın kaynaklı infertiliteye göre her iki eşte, evlilik uyumu, cinsel ilişki ve sosyal yaşamda daha fazla yıkıcı olduğunu bildirmiştir (71). Eren'in (2008) çalışmasında, infertil kadınlarda evlilik uyumu, sorunun her iki eşten kaynaklandığı durumlarda en yüksek iken, kadın faktörü, erkek faktörü ve açıklanamayan infertilite sırasıyla azalmaktadır (85).

5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) ile İlişkiler Mutluluk Ölçeği (İMÖ)'nin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) ile İlişkiler Mutluluk Ölçeği (İMÖ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16). Büyükşahin (2007) çalışmasında, mutlu çiftlerin ilişkilerini ve eşlerini gerçekçi olmayan bir biçimde olumlu değerlendirdiklerini belirtmiştir. Türkiye gibi toplulukçu eğilimlerin ağırlıkta olduğu ülkelerde evli bireylerin mevcut ilişkilerini kaybettiklerinde bir başkası ile ilişki kuramayacakları korkusunun oluşabileceğini, bu korkuyla bireylerin ilişkilerine daha fazla bağlanıp, ilişkilerini olduğundan daha olumlu algılayıp, doyum alabileceklerini ifade etmişlerdir (87). Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Huston ve Vangelisti (1991), evlilikte mutluluk faktörlerini araştırdıkları çalışmada, cinsel yaşamın evlilik mutluluklarını etkileyip etkilemediği noktasında ilişki bulamamışlardır (88).

Literatürde, çalışma bulgusunun aksine infertilitenin evlilikteki uyumu, özellikle de cinsel ilişkinin duygusal boyutunu ve çiftler arasındaki iletişimi olumsuz etkilediği yönünde araştırmalar da bulunmaktadır. Doğan ve ark. (2013) çalışmasında, 18-63 yaşları arasındaki kadınların cinsel yaşam kalitesi puanları ile mutluluk ve hayattan memnuniyet puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (56). Davison ve ark.(2009), cinsel mutluluk ile genel iyi oluş durumunu karşılaştırdıkları çalışmada, cinsel memnuniyetsizliğin kadının iyi oluşunu büyük oranda olumsuz etkilediği görülmüştür (89). Taleporos ve McCabe'nin (2002) çalışmasında da, fiziksel uygunsuzluğu olan bireylerin ve sağlıklı bireylerin oluşturduğu bir örnekleme cinsel doyum ile psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkiyi analiz etmiştir. Cinsel doyumun psikolojik refahın güçlü bir göstergesi olduğu ve cinsel saygınlığın ve beden saygınlığının birlikte olduğu sonucuna varmışlardır (90). Özkan ve ark. (2006), 50 infertil 40 sağlıklı kadınla yaptıkları çalışmada, evlilik uyumu ve cinsel ilişkide bozulmanın infertil kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğunu belirtmiştir (91). Morokoff ve Gilliland'ın (1993) çalışmasında, evlilikte uyum ve cinsel işlevle ilgili etmenler incelenmiş , cinsel doyum, çiftlerin bunu algılayış biçimi

ve cinsel ilişki sıklığı gibi etmenlerin, evlilikte mutluluk ile doğru orantılı olduğu ortaya çıkmıştır (92).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertilite nedeniyle tedavi alan kadınların ve cinsel yaşam kalitesi, ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kadınların %48,1'inin 2-5 yıldır evli olduğu, %13,4'ünün çocuğu olduğu ve %34,8'inin daha önce gebe kaldığı belirlenmiştir (Tablo 1).
- Kadınların %65,8'i 1 yıldır infertilite tedavisi gördüğünü, %46,5'i üç kez ve üzeri sayıda yardımcı üreme tekniği tedavisi uygulandığını ve %41,7'si infertilite nedeninin belli olmadığını ifade etmiştir (Tablo 1).
- Araştırmaya katılan kadınların "cinsel yaşam kalitesi" düzeyi yüksek ($89,736 \pm 9,898$); "ilişkilerde mutluluk" düzeyi yüksek ($37,604 \pm 2,752$) olarak saptanmıştır (Tablo 2).
- Kadınların *yaş grubu* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 3).
- Kadınların *öğrenim durumu* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4).
- Kadınların *meslekleri* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 5).
- Kadınların *eşlerinin öğrenim durumu* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuşken ($p < 0,05$); ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 6).
- Kadınların *eşlerinin meslekleri* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuşken ($p < 0,05$); ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 7).

- Kadınların *evlenme şekli* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ($p>0.05$); ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 8).
- Kadınların *evlilik yaşı* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ($p>0.05$); ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).
- Kadınların *evlilik süresi* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 10).
- Kadınların *çocuk sahibi olma durumu* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Kadınların *daha önce gebe kalma durumu* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuşken ($p<0.05$); ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).
- Kadınların *infertite tedavi süresi* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13).
- Kadınlara *uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısı* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuşken ($p<0.05$); ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).
- Kadınların *infertilite sorunun kime ait olduğu* ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve ilişkilerde mutluluk ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15).
- Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile İlişkilerde Mutluluk Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16).

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- İnfertilite hemşirelerin tedavi süreci içerisinde ilaç tedavisi uygulama sürecinde, çiftlerin tedavi süreci içerisindeki ilişkilerini gözlemlemesi, değerlendirmesi ve bu süreçte eş terapisi gerektiğini düşünen çiftlere uygun yönlendirmede bulunması,
- Çiftlerin cinsel yaşam ile ilgili yaşadıkları/ yaşayabilecekleri sorunların detaylı tanımlanması ve bu konuda danışmanlık gereksinimi olan çiftlere olduğunda uygun koşullarda bilgilendirme/ yönlendirmenin sağlanması,
- İnfertilite tedavi süreci içerisinde her iki eşi birlikte ele alınarak cinsel yaşam kalitesi ve ilişkilerinde mutluluk düzeylerinin incelenmesi
- Benzer çalışmaların primiper infertil olan cinsel yaşama ve aile ilişkilerine yönelik daha farklı değişkenler açısından ele alınması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Oğuz H. D. *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri*. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2004.
2. Demirci H. 'İnfertilite Sorunu, Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları' Nezihe Kızılkaya Beji. *İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri*. Yardımcı İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları- No:4, İstanbul, 2001, s:103-117.
3. Albayrak E. , Günay O. "State and trait anxiety levels of childless women in Kayseri", Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2007, 14, 1-6.
4. Alibaşoğlu H. *İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu Ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları*, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2010.
5. Özçelik B, Karamustafaloğlu O, Özçelik A. "İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü". *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007, 8(2):140-148.
6. American Society for Reproductive Medicine, 2012.
7. Bateman-Cass C. S. *The Loss Within a Loss: Understanding the Psychological Implications of Assisted Reproductive Technologies for the treatment of infertility*, California School of Professional Psychology, San Diego, 2000.
8. Denson V. Diagnosis and management of infertility. *J Nurse Pract*, 2006, 1: 380- 386.
9. Günalp S, Tuncer S. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi*, Pelikan Yayınları, Ankara, 2004.
10. Taşkın L. *Doğum , Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, VIII. Basım, 2007, 516-520.
11. Atası T, Şahmay S. *Jinekoloji Kadın Hastalıkları*. Nobel tıp kitabevi, İstanbul, 2. Baskı, 2001, 11-33.

12. Tüzer V, Tucel A, Göka S, Doğan Bulut, S, Yüksel, V, F, Atan, A, & Göka, E. 'Marital Adjustment And Emotional Symptoms in Infertile Couples: Gender Differences', *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2010, 40 (2), 229-237.
13. Bateman-Cass C. S. *The Loss Within a Loss: Understanding the Psychological Implications of Assisted Reproductive Technologies for the treatment of infertility*, California School of Professional Psychology, San Diego, 2000.
14. Taşçı KD ve Özkan S. 'Sağlık Yüksekokulunu Öğrencilerinin İnfertilite Hakkındaki Görüşleri', *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(3), 187-92.
15. Oskay Ü, Onat G B, Dişsiz M. 'İnfertil Hastaya Psikososyal Yaklaşım', (Ed): Beji, N. K *İnfertilite Hemşireliği*, İstanbul: Acar Basım; 2009, 177-195.
16. Bayram G. O. *İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
17. Lau J T, Wang Q, Cheng Y, Kim J H, Yang X, Tsui H Y. ' Infertility Related Perceptions and Responses and Their Associations With Quality of Life Among Rural Chinese Infertile Couples' *J Sex Marital Ther*, 2008, 34(3), 248-67.
18. Özçelik B. ve Ark. 'İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü', *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2007, 8, 140-148.
19. Oskay Ü. Y. ve Kızılkaya N. B. 'İnfertilite Hemşiresinin Danışman ve Hasta Hakları Savunucusu Olarak Rolü', (Ed): Beji, N.K. (In): *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2001, 93-102.
20. Kırca N. *İnfertilite Tedavisinde Başarılı Olmuş Kadınların Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Değerlendirilmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2011.
21. Perk H, Soyupek S, Oskay T. 'Erkek İnfertilitesine Neden Olan Fiziksel Ajanlar, İlaçlar ve Toksinler', *Androloji Bülteni*, 2005; 23: 305-310
22. Yıldırım M. *Klinik İnfertilite*. Eryılmaz Ofset, Ankara, 2. Baskı, 2000.

23. Duvan C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K. ‘Yardımla Üreme Tekniklerinde İmplantasyon Ve Gebelik Oranlarını Etkileyen Faktörler’, *TJOD Dergisi*, 2003; 13(6): 466-476.
24. Gordon D J, Speroff L. *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite El Kitabı*. Çev: Işık ZA, Vicdan K. Nobel Tıp Kitapevleri, 2003; 431- 458.
25. *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*. T.C.S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000; 1: 205-238.
26. Peterson B D, Newton C R, Rosen K H, Schulman, R S. ‘Coping Processes Of Couples Experiencing Infertility’, *Family Relations*, 2006, 55, 227-239.
27. Beji N. ‘İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı’, *Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını*, İstanbul, 2001, 4.
28. Akdeniz F, Gönül A S. ‘Kadınlarda Üreme Olayları İle Depresyon İlişkisi’, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, 2: 70-74.
29. Yılmaz İ. *Türk İnfertil Hastalarda Depresyon ve Kaygının Belirleyicileri: Sosyal Destek (Tez)*. Cinsiyet Rolü Yönelimi, İnfertilite Nedeni ve Özsaygı. T.C Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji AD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
30. Kavlak O ve Saruhan A. ‘İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi’, *Ege Tıp Dergisi*, 2002, 41(4), 229-32.
31. Yaralı S. *Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (Tez)*. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013.
32. Akalın A. *Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı*. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 2000.
33. Akın A, Demirel S. ‘Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri’, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, Özel Ek 25: 73–82.
34. Öztürk O M. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2004.
35. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem ofset matbaacılık, Ankara, 2005, 37-41.
36. Çavdar İ. ‘Meme Kanseri Hastalarda Cinsel Sorunlar’, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006, 2: 64-66.

37. Turan A. *Evli Bireylerin Cinsel Mit İnançları, Cinsel Bilgi Düzeyleri, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyleri Ve Cinsel Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
38. Kaplan, H S. *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/ Mazel, 1974.
39. Daş C. '*Bilişsel Davranışçı Terapiler, Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Terapi Yaklaşımı*', Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 7, 2009.
40. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, *Cinsel Yaşam ve Sorunları*, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, İstanbul, 2007.
41. Tashbulatova D. *İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler* (Tez). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007.
42. Aslan E. 'Kadın Orgazm Fizyolojisi', *Androloji Bülteni*, 2008, 33:176-180.
43. Kırço T. *İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
44. Oskay Ü Y, Beji N K. 'Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sınıflandırılması, Son Dönemde Yapılan Değişiklikler ve Yeni Sınıflama İçin Öneriler' *Androloji Bülteni*, 2008, 32:79-82.
45. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı*, Çev.: E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, Ankara, 1994, s.203-219.
46. Önem K, Ahmedov I, Kadioğlu A. 'Kadın Cinsel Fonksiyonun Patofizyolojisi. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı'. Editör: Kadioğlu A., Baflar M., Semerci B., Orhan I., Aşçı R., Yaman M.Ö., Çayan S., Usta M.F., Kendirci M.: Türk Androloji Derneği Yayını, İstanbul, 2004, s: 620-629.
47. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, *Cinsel Yaşam ve Sorunları*, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, İstanbul, 2007.
48. Kütmeç C. 'Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı', *Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 12: 112-130.

49. Bozdemir N, Özcan S. 'Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı', *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care*, 2011, 37-46.
50. Beştepe E. *Yaşlı Kadınlarda Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları*. www.geriatri-gnp.com Erişim tarihi: 21 Kasım 2015.
51. Ergun Ö ve Simten M. *Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women*, Çev.: Uzm. Dr. Mehmet Gülüm, *J Urol* (175), 2006, 654-658.
52. Çayan S, Akbay E ve Bozlu M. *The Prevalance Of Female Sexual Dysfunction And Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function İn Turkish Women*. *Urol Int.*, 2004, 72(1):52-57.
53. Aytekin ve Ark. 'Psikiyatrik Açıdan İnfertilite', *Kadın Doğum Dergisi*, 1995, Cilt 11, Sayı 3, s:119-120.
54. Monga M, Alexandrescu B, Katz E S, Stein M, Ganiats T. Impact Of İnfertility On Quality Of Life. *Marital Adjustment and Sexual Function Urology*, 2004, 63(1): 126- 30.
55. Çoban V. *Postpartum dönemdeki kadınların cinsel yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2012.
56. Doğan, T., Tugut, N. & Golbasi, Z. The Relationship Between Sexual Quality of Life, Happiness, and Satisfaction with Life in Married Turkish Women. *Sex Disabil* 31: 239-247. (2013)
57. Yörük F. *Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT modelin etkinliği* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
58. Kırıkkaleli Z. *Gebelerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler* (Tez). Yakın doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2015.
59. Kim IM, J.S, Kang S., . *A Study on Body Image, Sexual Quality of Life, Depression, and Quality of Life in Middle-aged Adults*. *Asian Nursing Research*, 2015, 9 (96-103).

60. Symonds, T., Boolell, M. ve Quirk, F. Development of A Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex Marital Therapy*, 2015, 31(5), 385–397.
61. Maasoumi, R., Lamyian, M., Montazeri, A., Azin, S. A., E Aguilar-Vafaie, M ve Hajizadeh E. The Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) Questionnaire: Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *Iran Red Crescent Med. J.*, 2013, 15(8), 723-8.
62. Değerli Kodaz N. *Gebelikte Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler* (Tez). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü yüksek lisans Tezi; 2013.
63. Gölbaşı, Z., Tuğut, N., Şentürk Erenel, A. ve Eroğlu, K. Jinekoloji Polikliniğine Başvuran ‘Evli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Bazı Faktörler’, *Cumhuriyet Med. J.*, 2014, 36(1), 1-10.
64. Ege, E., Akın, B., Yaralı Arslan, S. ve Bilgili, N. ‘Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı ve Risk Faktörleri’ *Tübitak Bilim Araştırma Vakfı Dergisi*, 2010, 3(1), 137-144.
65. Özerdoğan, Ö., Saymer. F. D., Köşgeroğlu, N. ve Ünsal, A. 40–65 ‘Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon ve Diğer İlişkili Faktörler’, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(2), 46-59.
66. Acar Z. *Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans Tezi, 2008.
67. Kısa, S., Zeyneloğlu, S., Yılmaz, D. ve Güner, T. ‘Quality of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy’. *Journal Sex and Marital Therapy*, 2014, 40(4), 309–322.
68. Güvel S. Çulha F. Yaşar F. Volkan S. Boyam F. ve Peşkirçioğlu L. ‘Hemşirelerde Kadın Cinsel Fonksiyonları Konusunda Bilgi Düzeyinin Sorgulanması’, *Androloji Bülteni*, 2005, 20(1), 82-83.
69. Witting K, Santtila P, Alonko K, Harlaaar N, Jern P, Johansson Ai Von der Pahlen B, Varjonen M, Sandnabba NK. ‘Female Sexual Function and Its Associations with number of children, pregnancy and relationship satisfaction’, *Journal Sex Marital Therapy*, 2008, 34(2):89-106.

70. Akyüz EÖ. *Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşirelik ABD Yüksek Lisans Tezi, 2009.
71. Newton CR. Sherrard W., Glavac I: *The Fertility Problem Inventory, Measuring Percieved İnfertilşty Related Stres, Fertil Steril*, 1998, 69:1026-1033.
72. İnandı T, Savaş N, Arslan E, Yeniçeri A, Peker E, Alışkın Ö, Erdem M, Durmaz E. 'Hatay'da Akraba Evliliği Sıklığı, Nedenleri, Çocuk Sağlığı, İlişkilerde Mutluluk ve Yaşam Doyumu', *Turk J Public Health* 2016;14(1):43-55.
73. Tosyalı M. *Evli Bireylerde Bağımlı ve Özerk (Sosyotropik-Otonomik) Kişilik Özellikleri, Empati ve Mutluluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2010.
74. Keskin Gürbüz Ş. *İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu Ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2007.
75. Greil AL. 'İnfertility and Pyschological Distress: A critical Review of the Literature', *Soc Sci Med*, 1997, 45 (11) :1679-1704.
76. Diener, E., Suh, E., Lucas, E. 'Subjective Well-Being:Three Decades of Progress', *Psychological Bulletin*, 1999, 125 (2): 276-302.
77. Dökmen Z.Y. 'Çalışma Durumları Farklı Üç Grup Kadından Ruh Sağlığı, Kontrol Odağı İnancı Ve Cinsiyet Rolü', *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003, 18 (51): 111-124.
78. Çankaya, Z.C. 'Bazı İnsanlar Neden Daha Mutludur? Öznel İyi Olma Sürecinde Psikolojik İhtiyaçların Rolü', *Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2008, 13(1), 2: 29-36.
79. Diener E. ve Seligman M. 'Very Happy People', *American Psychological Society*, 2002, 13 (1): 81-84.
80. Şener A. Terzioğlu G. 'Bazı Sosyo-Ekonomik ve Demografik Değişkenler ile İletişimin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Araştırılması', *Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2008, 13(1), 2: 7-20.

81. Çınar, L. *Evlilik Doyumu: Cinsiyet Roller ve Yardım Arama Tutumu* (Tez). Gazi Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
82. Demiray, Ö. *Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi* (Tez). Dicle Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır, 2006.
83. Güvendi G. *Gebelerde Aile Mutluluk Düzeyi ile Aile İçi Şiddet İlişkisinin Araştırılması* (Tez). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2016.
84. Kışlak, Ş.T. Çabukça, F. 'Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumu ile İlişkisi', *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2002, 2 (5): 35-42.
85. Eren N. *İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi* (Tez). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2008.
86. Lee T.Y. Sun G.H. Chao S.C. 'The Effect of an Infertility Diagnosis On The Distress, Marital and Sexual Satisfaction Between Husbands and Wives in Taiwan', *Human Reprod*, 2001, 16(8): 1762-1767.
87. Büyüksahin, A. 'Yakın İlişkilere Bağlanım: Bilişsel Ve Davranışsal Olarak İlişkiyi Sürdürme Mekanizmaları', *Türk Psikoloji Yazıları*, 2007, 10 (19): 55-75.
88. Huston T. Vangelisti A. *Socioemotional Behavior and Satisfaction in Marital Relationships: A Longitudinal Study*. J Pers Soc Psychol 1991; 61:721-733.
89. Davison, S.L. Bell, R.J. LaChina M. Holden S.L. Davis SR. *The Relationship Between Self-Reported Sexual Satisfaction And General Well-Being In Women*. J Sex Med., 2009, 6, 2690–2697.
90. Taleporos, G., McCabe, M.P.: 'The Impact Of Sexual Esteem, Body Esteem, And Sexual Satisfaction On Psychological Well-Being In People With Physical Disability', *Sex. Disabil*, 2002, 20, 177–183.
91. Özkan M., Baysal B.: 'Emotional Distress of İnfertilite Women in Turkey', *Clin Exp Obstet Gynaeco*, 2006, 1 33:44-46.
92. Morokoff J, Gilliland R. Stress, 'Sexual Functioning, and Marital Satisfaction', *J Sex Res* 1993; 30:43-53.

EKLER

EK-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, İnfertilite tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitesi, ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tez çalışması olarak yapılmaktadır. Soruları yanıtlamak ortalama 10-15 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Yeliz ATAY

*Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi*

BİRİNCİ BÖLÜM- Sosyo-Demografik Sorular

1. Yaşınız.....

2. Öğrenim durumunuz nedir?

1.Okur-Yazar () 2.İlköğretim () 3.Lise () 4.Üniversite ()

3. Mesleğiniz nedir?

1.Memur () 2. İşçi () 3.Serbest () 4.Emekli () 5. Ev Hanımı ()

4. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1.Okur-Yazar () 2. İlköğretim () 3.Lise () 4. Üniversite ()

5. Eşinizin mesleği nedir?

1. Memur () 2. İşçi () 3. Serbest () 4. Emekli () 5. İşsiz ()

6. Evlenme şekliniz nedir?

1. Görücü usulü () 2. Anlaşarak ()

7. Evlilik yaşımanız nedir?.....

8. Ne kadar süredir evlisiniz ?.....

9. Çocuğunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır

10. Daha önce hiç gebe kaldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

11. Ne kadar süredir infertite tedavisi görüyorsunuz?.....

12. Daha önce size kaç kez yardımcı üreme tekniğı uygulandı?

1. İlk kez 2. İkinci kez 3. Üçüncü kez ve üzeri

13. Çocuk sahibi olamamanıza neden olan sorun kime ait?

1. Bana 2.Eşime 3. Her ikimize 4.Nedeni belli değil

İKİNCİ BÖLÜM- CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN

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

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM- İLİŞKİLERDE MUTLULUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda eşinizle olan ilişkinizle ilgili altı soru yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu okuduktan sonra 7-dereceli ölçek üzerinde cevap veriniz.

1.Eşinizi ne kadar seviyorsunuz?

Hiç sevmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 Çok Seviyorum

2. İlişkinizde ne kadar mutlusunuz?

Hiç mutlu değilim 1 2 3 4 5 6 7 Çok mutluyum

3. Genelde, ne sıklıkta eşinizle aranızdaki ilişkinin iyi gittiğini düşünürsünüz?

Hiç düşünmem 1 2 3 4 5 6 7 Çok düşünürüm

4. İlişkinizdeki sorunlar ne kadar ciddidir?

Çok ciddi 1 2 3 4 5 6 7 Hiç ciddi değil

5. Tüm yönleriyle düşündüğünüzde, ilişkinizden ne kadar doyum alıyorsunuz?

Hiç doyum almıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Çok doyum alıyorum

6. Genelde, ilişkinize ne kadar bağlısınız?

Hiç bağlı değilim 1 2 3 4 5 6 7 Çok bağlıyım

EK-2: ETİK KURUL ONAYI

ANADOLU^H
In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

ANADOLU^H
In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

Anadolu Eğitim ve Sosyal Yardım Vakfı Sağlık Tesisleri İktisadi İşletmesi
Kanuni Merkez: Fatih Sultan Mehmet Mahallesi, Balkan Caddesi,
No:58 Buyaka AVM, E Blok Tepeüstü, Ümraniye / İstanbul
Büyük Mükellefler V.D. 0680263503
Mersis No Merkez: 0-6802-6350-300011
Mersis No Gebze : 7-1472-2237-6591466

10.12.2014

İlgili Makama,

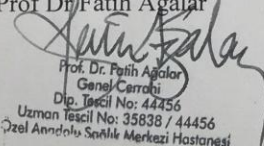
““İnfertilite Tedavisi Gören Kadımların İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyi ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi” isimli, Hemşire Yeliz Atay’a ait proje çalışmasının Anadolu Sağlık Merkezinde gerçekleştirilmesi ASM Etik Kurulu’nun 04/ 12/ 2014 tarihli toplantısında ele alınmış ve uygun bulunmuştur.

Bilginize sunulur

ASM Hastane Etik Kurulu Adına

Başkan

Prof.Dr.Fatih Ağalar


Prof. Dr. Fatih Ağalar
Genel Cerrahi
Dip. Tescil No: 44456
Uzman Tescil No: 35838 / 44456
Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi


ANADOLU VAKFI


Joint Commission
INTERNATIONAL

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi
Cumhuriyet Mahallesi 2255 Sokak No.3
Gebze 41400 Kocaeli

Özel Anadolu Sağlık Ataşehir Tıp Merkezi
Halk Caddesi Ortabahar Sokak No.1
Yenisahra, Ataşehir 34746 İstanbul

44 44 276
www.anadulusaglik.org

EK-3 : ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	<i>YELİZ</i>	Soyadı	<i>ATAY</i>
Doğum Yeri	<i>KÜTAHYA</i>	Doğum Tarihi	<i>09.12.1977</i>
Uyruğu	<i>T.C</i>	Telefon	<i>05054557862</i>
e-mail	<i>yelizatay@icloud.com</i>		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lisans	<i>Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü</i> <i>Sakarya Ün. İşletme</i>	<i>2017</i> <i>2009</i>
Lisans	<i>Akdeniz Ün. Sağlık Yüksekokulu</i>	<i>2001</i>
Lise	<i>Kütahya Atatürk Lisesi</i>	<i>1995</i>

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
<i>Pediyatri KVCYB Hemşire</i>	<i>Başkent Ün.</i>	<i>2001-2003</i>
<i>YDYB Hemşire</i>	<i>Özel Bodrum Hast.</i>	<i>2003-2004</i>
<i>Sorumlu Hemşire</i>	<i>Özel Eylül Tıp Merkezi</i>	<i>2004-2005</i>
<i>Hemşire</i>	<i>Pütürge Devlet Hastanesi</i>	<i>2005-2007</i>
<i>IVF Hemşiresi</i>	<i>Özel Anadolu Sağlık Tıp Merkezi</i>	<i>2007-2014</i>

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS Puanı	Diğer Puan
<i>İngilizce</i>	<i>Orta</i>	<i>Orta</i>	<i>Orta</i>	<i>-</i>	<i>-</i>

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<i>Ales Puanı</i>			

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Excel, World, Power Point