T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN BELİRLENMESİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eda YAŞAR EROL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

ADANA – 2022

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN BELİRLENMESİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eda YAŞAR EROL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

Bu tez çalışması, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TYL-2019-12111 proje numarası ile desteklenmiştir.

Tez No:……..
ADANA – 2022

KABUL ve ONAY

Ebelik Anabilim Dalı
Ebelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

‘’ **İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesi ile Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi** ‘’
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 28/ 01 / 2022

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Dr. Öğr. Üy. Burcu AVCIBAY VURGEÇ
Çukurova Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üy. Derya KAYA ŞENOL
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

ETİK BEYANI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 13/01/2022

Eda YAŞAR EROL

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim süresince bilgi ve tecrübesiyle akademik hayatıma rehber olan, tez sürecimde özverili yaklaşımını, zamanını, deneyimlerini, ilgi ve desteğini benden esirgemeyen, akademik yolumda bana inanan ve desteğini her fırsatta hissettiğim kıymetli danışmanım, Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ' ye,

Eğitim sürecimde yararlı görüşlerinden faydalandığım, katkı ve emeklerini esirgemeyen değerli bölüm hocalarıma ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. İbrahim Ferhat ÜRÜNSAK'a,

İnfertilite polikliniğinde görev yapmakta olan ve çalışmam boyunca desteklerini her zaman hissettiğim başta Şükriye hemşire olmak üzere, tüm ebe, hemşire ve personellere,

Gönüllü olan, yüz yüze görüşmeyi kabul eden, tüm içtenlikleriyle çalışmama ve bilime katkı sağlayan tüm kadınlara,

Beni ve çalışmamı her zaman destekleyen, bu yolda birlikte yürümekten keyif aldığım tüm meslektaşlarıma ve arkadaşlarıma,

Tez proje çalışmamıza maddi destek veren Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi' ne,

Varlık sebebim, her konuda büyük fedakarlıklarda bulunarak bugünlere gelmemi sağlayan, maddi ve manevi her zaman desteklerini ve bana olan inançlarını gördüğüm, yol gösteren kıymetli ailem ve Sayın Mehmet ADANIR, Sayın Fatih ADANIR' a,

Her anımda yanımda, hayallerime destek ve hayatıma ortak olan sevgili eşime en içten teşekkür ve şükranlarımı sunmayı şerefli ve keyifli bir görev kabul ederim.

Eda YAŞAR EROL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY ... ii
ETİK BEYANI ... iii
TEŞEKKÜR ... iv
İÇİNDEKİLER ... v
TABLOLAR LİSTESİ ... vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ ... viii
ÖZET ... x
ABSTRACT ... xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ ... 1
2. GENEL BİLGİLER ... 3
2.1. İnfertilitenin Tanımı ... 3
2.1.1. Kadına Ait Faktörler ... 4
2.1.2. Erkeğe Ait Faktörler ... 5
2.1.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi ... 6
2.1.3.1. Kadının Değerlendirilmesi ... 7
2.1.3.1.1. Anamnez Alınması ... 7
2.1.3.1.2. Fiziksel Muayene ... 8
2.1.3.1.3. Prekonsepsiyonel Tarama ... 8
2.1.3.1.4. Laboratuvar İncelemeleri ... 9
2.1.3.2. Erkeğin Değerlendirilmesi ... 9
2.1.3.2.1. Anamnez Alınması ... 9
2.1.3.2.2. Fiziksel Muayene ... 10
2.1.3.2.3. Laboratuvar İncelemesi ... 10
2.1.4. İnfertilite Tedavisi ... 11
2.1.5. İnfertilitenin Etkileri ... 11
2.1.6. İnfertilite ve Doğurganlık ... 14
2.2. İnfertilite ve Şiddet ... 15
2.3. İnfertilite ve Yaşam Kalitesi ... 18
2.4. İnfertilite ve Evlilik Uyumu ... 19
3. GEREÇ ve YÖNTEM ... 21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi ... 21
3.2. Araştırmanın Hipotezleri ... 21

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 21
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 22
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 22
3.6. Etik Durumlar 22
3.7. Veri Toplama Araçları 23
3.7.1. Birey Tanıtım Formu 23
3.7.2. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği 23
3.7.3. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol) 23
3.7.4. Çift Uyum Ölçeği 25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 26
4. BULGULAR 28
5. TARTIŞMA 42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 47
KAYNAKLAR 49
EKLER 61
EK-1. Birey Tanıtım Formu 61
EK-2. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği 62
EK-3. Doğurganlık Yaşam Kalitesi Ölçeği (FertiQoL) 63
EK-4. Çift Uyum Ölçeği 64
EK-5. Etik Kurul Kararı 68
EK-6. Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı Çalışma İzni 69
ÖZGEÇMİŞ 71

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No: **Sayfa No:**

Tablo 1. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler 27
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (n=215) 28
Tablo 3. Katılımcıların infertilite süresi ve nedenine ilişkin bulgular (n=215) 29
Tablo 4. Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular (n=215) 30
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular (n=215) 31
Tablo 6. Katılımcıların doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular (n=215) 33
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular (n=215) 34
Tablo 8. Katılımcıların çift uyumu ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular (n=215) 36
Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre çift uyumu ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular (n=215) 37
Tablo 10. Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular (n=215) 40
Tablo 11. Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile çift uyum ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular 40
Tablo 12. Katılımcıların infertilite süresi ve nedenine göre infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular (n=215) 41

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
BAP : Bilimsel Araştırma Projeleri
ÇUÖ : Çift Uyum Ölçeği
ÇÜ : Çukurova Üniversitesi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
DYKÖ : FertiQol, Doğurganlık Yaşam Kalitesi Ölçeği
E2 : Estradiol
ET : Embriyo Transferi
FSH : Folikül Stimülan Hormon
GIFT : Gamete Intrafallopian Transfer
ICSI : İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI : İntrauterin İnseminasyon
IVF : İn-Vitro Fertilizasyon
İKMKŞBÖ : İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği
LH : Luteinizan Hormon
max : Maksimum
min : Minimum
ml : Mililitre
MESA : Mikroskopik Epididimal Sperm Aspirasyonu
N : Araştırma evreni
n : Araştırma örneklemi
OPU : Oocyte Pick-Up
Ort : Ortalama
p : Anlamlılık değeri
PAP : Papanicolaeu
PESA : Perkütan Epididimal Sperm Aspirasyonu
r : Korelasyon katsayısı
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
SUZI : Subzonal Sperm Enjeksiyonu
ss : Standart sapma

t : t-testi

TET : Tubal Embriyo Transfer

TESE : Testiküler Sperm Ekstraksiyonu

USG : Ultrasonografi

vb : ve benzeri

WHO : World Health Organization

X^2 : Ki kare

VDRL : Sifiliz Teşhis Testi, Venereal Disease Research Laboratory

YÜT : Yardımcı Üreme Teknikleri

ZD-PZD : Zona Delinmesi-Parsiyel Zona Diseksiyonu

ZIFT : Zigot Intrafallopian Transfer

< : Küçüktür

= : Eşittir

> : Büyüktür

ÖZET

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesi ile Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın amacı, infertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirilmesidir.

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi İnfertilite Polikliniği'nde infertilite tedavisi görmek amacıyla polikliniğe başvuran 215 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler tanıtıcı bilgi formu, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği, Doğurganlık Yaşam Kalitesi Ölçeği (FertiQoL) ve Çift Uyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 29,66±6,16' dır. Katılımcıların %38,6' sının infertilite süresinin 1-2 yıl, % 41,9' unun 3-6 yıl, %8,4' ünün 7-10 yıl, %11,2' sinin 11 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %28,4' ünün kadına ait, %17,2' sinin erkeğe ait, %21,4' ünün her iki eşe ait, %33' ünün açıklanamayan nedenlerden kaynaklı infertilite problemi olduğu belirlenmiştir. Şiddet ölçeğinden aldıkları puan 43.66±17.95, en yüksek aile içi şiddete en düşük dışlanmaya maruz kaldıkları saptanmıştır. Şiddet ile yaşam kalitesi arasında tamamı negatif yönlü ve anlamlı ilişki, şiddete ile çift uyum düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf güçte ilişki saptanmıştır.

Ebeler infertilite tedavisi gören çiftlere bakım verirken aile içi şiddeti, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini göz önünde bulundurmalı ve bunlara yönelik toplum bilincini yükseltecek farkındalığı artırmalıdır. İnfertil gruplar hassas gruplar olarak nitelendirilip daha dikkatli bakım verilmelidir.

<u>Anahtar sözcükler:</u> Ebe, evlilik uyumu, infertilite, şiddet, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Determining the Violence Exposure of Women Receiving Infertility Treatment and Evaluation of Its Effects on Quality of Life and Marital Adjustment

The aim of this study is to determine the violence experienced by women undergoing infertility treatment and to evaluate its effects on quality of life and maritaladjustment.

The study was carried out with 215 women who applied to the outpatient clinic of Çukurova University Medical Faculty Balcalı Hospital Infertility Outpatient Clinic for infertility treatment. In the study, data were collected using an introductory information form, the Scale for Determining the Severity of Infertile Women, the Fertility Quality of Life Scale (FertiQoL), and the Couple Adjustment Scale. The obtained data were analyzed with the SPSS 22.0 program.

The mean age of the participants was 29.66±6.16. It was determined that 38.6% of the participants had an infertility period of 1-2 years, 41.9% of them 3-6 years, 8.4% of them 7-10 years, 11.2% of them 11 years and above. It was determined that 28.4% of the participants were female, 17.2% were male, 21.4% belonged to both spouses, and 33% had infertility problems due to unexplained reasons. The score they got from the violence scale was 43.66±17.95, and they were exposed to the highest domestic violence and the lowest exclusion. There was a completely negative and significant relationship between violence and quality of life, and a positive and weak relationship between violence and dyadic adjustment level.

While giving care to couples receiving infertility treatment, midwives should consider domestic violence and gender inequalities and raise awareness to raise public awareness about them. Infertile groups should be considered as vulnerable groups and more careful care should be given.

Key words: **Midwife, marital adjustment, infertility, violence, quality of life**

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ) tanımına göre infertilite, bir çiftin bir yıl boyunca hiçbir korunma yöntemi kullanmaksızın cinsel ilişkiye girmesine rağmen çocuk sahibi olamaması durumudur ve yaygınlığı %10-15 olarak bildirilmektedir (1). Çocuk sahibi olmak her çiftin özlem duyduğu bir olgudur. İnfertilite çiftlerin her ikisini de psikolojik, duygusal, sosyal, biyolojik ve ekonomik açıdan tehdit eden ve yoran bir sağlık sorunudur. Bu durumlar özellikle kadınların korku, anksiyete, depresyon, toplumsal baskı, şiddet duygularıyla baş etmesine, yaşam kalitesinin ve evlilik uyumunun etkilenmesine neden olmaktadır. İnfertilite tedavisi gören çiftler tedavi uyumu sırasında red, endişe, yoğun anksiyete bozukluğu, umut, kabullenme gibi evrelerden geçmektedir. Tedavi sırasında karşılaşılan riskler ve çevresel, psikososyal, ekonomik problemler tedavi gören hastalar üzerindeki baskıyı daha da artırmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde dört çiftten biri infertiliteden etkilenmektedir ve bu durum giderek artış göstermektedir. Artış göstermesindeki sebeplere; geç yaşta yapılan evlilik, geç yaşta annelik, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artış göstermesi, kadınların toplumda değişen rolleri gösterilmektedir (2,3).

Fizyolojik sağlıktan çok psikolojik sağlığı etkileyen infertilite, tedavi gören çiftlerde bu durumun algılanmasını ciddi bir eksiklik olarak kabul etmekte ve yetersizlik hisleri nedeniyle kendilerini sosyal çevrelerinden izole etmektedirler. İnfertilite tedavisi gören kadınların tecrübelerini belirlemek adına yapılan çalışmalarda, günlük yaşamlarında değişiklik, aileleri tarafından baskı, geleceğe şüphe ile bakma, cinsellik sorunları, kaygı, stres, depresyon, yalnızlık ve çaresizlik yaşadıklarını bildirilmiştir (4-10).

İnfertilitenin üçte biri kadın kaynaklı faktörlere bağlıdır. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların erkeklere oranla daha fazla bu durumdan etkilendikleri ve kendilerini infertiliteden sorumlu ve suçlu hissettikleri bildirilmiştir (11).

Genel anlamda kadınlar, çocuk sahibi olmayı, evlilik ilişkisini kuvvetlendirme, çiftleri birbirine yakınlaştırması gibi psikolojik kökenli nedenlerle isterlerken, erkeklerde çocuk sahibi olma algısı, neslin devamlılığı olarak sosyal nedene bağlanmaktadır. Türkiye'de çocuğa atfedilen değer sadece bireylere özgü olmayıp, toplum değerlerini, aileyi, içinde bulunulan yöreyi yansıtmaktadır. Çiftler çocuk sahibi

olma kontrolü, aile planlaması konusunda düşünmelerine rağmen infertilite ihtimaline karşı hazırlıksızdırlar. Genel anlamda infertilite tanısının konması, çocuk sahibi olma isteğinin en yüksek olduğu zamana tekabül etmekte ve çiftlerin arasında uyumsuzluk, uzaklaşma, psikolojik sorunların çıkmasına sebebiyet vermektedir (12-17).

İnfertilite tanısı ve tedavi sürecinde yaşanan bu yoğun stresli süreç çift uyumunun bozulmasına sebep olmaktadır.

Kadına yönelik şiddet dünya çapında yaygınlığa sahiptir ve çok önemli bir toplum sağlığı sorunudur. 20 Aralık 1993 tarihli Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına Dair Bildirgesi' nin birinci maddesine göre; kadına yönelik şiddet, kadınlara karşı fiziksel, cinsel, psikolojik anlamda zarar veya acı veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayalı her türlü eylem ve bu eylemlerle birlikte tehdit etme, zorbalık, keyfi olarak özgürlüğünden alıkoyma gibi ister kamusal alanda ister özel yaşamda meydana gelen her türlü eylemdir. Yapılan çalışmaların çoğunda, infertil kadınlara yönelik yapılan şiddetin en sık gözlenen türü fiziksel şiddetten çok psikolojik şiddettir. Yarım asırdan fazla süredir infertilite ve psikososyal faktörleri arasındaki ilişki araştırılmaya başlanmış son yıllarda tanısı ve tedavisindeki ilerlemeler ve infertilite sıklığında artış yaşanması bu ilişkiyi daha da önemli hale getirmiştir. Depresyon, anksiyete, stres, öfke, öz saygıda azalma, kıskançlık, düşmanlık gibi olumsuz duyguların kadın infertillerde erkek infertillere oranla daha sık yaşandığı gözlenmiştir (18).

DSÖ yaşam kalitesini, bireylerin hedefleri, standartları, ilgileri, beklentileri ile bağlantılı olarak, içinde bulundukları kültür ve değer yargıları bütününün içinde kendi durumlarına yönelik algıları şeklinde tanımlar. Yaşam kalitesinin sağlıkla olan ilişkisi, hastalığa ve tedavi sürecinin özgünlüğüne ilişkin duygusal, zihinsel, sosyal ve fiziksel taraflarıyla ilgili alanları içeren geniş boyutlu kavramlardır. İnfertilitenin yaşam kalitesini etkilemesi, etkilenen yaşam kalitesinin tekrar infertilite ve tedavi sürecini güçleştirmesine bu da çift uyum mekanizmasının ve yeti yitimi gibi durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (18).

Bu çalışmada infertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı

Üreme sürecinin sağlıklı geçebilmesi için kadınlarda; hipofiz, hipotalamus, overler, tuba uterina fonksiyonları, endometrial koşullar ve servikal koşulların olgunlaşmış ve normal, erkeklerde ise; hipofiz, hipotalamus, testiküler aksis, sperm üretimi ve sperm hareketliliğinin sağlıklı, olgunlaşmış ve normal olması gerekmektedir (14,23-26,28).

İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre bir çiftin bir yıl boyunca hiçbir korunma yöntemi kullanmaksızın cinsel ilişkiye girmesine ve kadının 35 yaş ve üzerinde olup, tekrarlayan düşük gebeliklerine rağmen altı ay boyunca çocuk sahibi olamaması durumudur (19).

İnfertilitenin primer, sekonder ve fizyolojik infertilite gibi alt tanımları da mevcuttur. Primer infertilite, hiç çocuk sahibi olmayıp çiftin bir yıl boyunca hiçbir korunma yöntemi kullanmaksızın cinsel ilişkiye girmesine rağmen çocuk sahibi olamaması durumudur. Sekonder infertilite, canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsü olan fakat bir yıl boyunca hiçbir korunma yöntemi kullanmaksızın cinsel ilişkiye girmesine rağmen çocuk sahibi olamaması durumudur. Fizyolojik infertiliteye de , kadın yaşam döngüsünün puberte, menarş akabindeki ilk aylar, gebelik dönemi, laktasyon ve menopoz sonrası gibi bazı dönemlerinde gebelik oluşması oldukça güç hatta imkansızdır, bu dönemlerin kapsadığı infertilite türü tanımı yapılabilir (20,21,22).

Fertilite çeşitli nedenlerden etkilenmektedir. Bu nedenlerin en önemlilerinden biri yaş faktörüdür. Yaş ilerledikçe fertilitede ve ovumun kalitesinde belirgin şekilde azalma meydana gelmektedir. Yaş faktöründen dolayı fertilize olan ovumun implantasyon şansı da düşmektedir. Herhangi bir korunma yöntemine başvurmayan fertil çiftlerin %57' si ilk üç ay, %72' si altı ay, %85' i bir yıl, %93' ü iki yıl içerisinde hamile kalabilmektedir. Bir yıllık kümülatif gebe kalma oranlarında; 20-24 yaş arasında %86, 25-29 yaş arasında %78, 30-34 yaş arasında %63, 35-39 yaş arasında %52 gebe kalabilme potansiyeli vardır. 15-24 yaş aralığındaki kadınların %4' ünde, 25-34 yaş aralığındaki kadınların %13' ünde, 40 yaşındaki kadınların %33' ünde, 45 yaşındaki kadınların ise %87' sinde azalmış fekunditeye rastlanmakta ve infertil teşhisi konmaktadır. Yine yaşla beraber kromozomal anomalilerin insidansı, spontan

abortuslar, endometriyozis, pelvik infeksiyon gibi fertiliteyi etkileyebilecek hastalıkların görülme ihtimali de artmaktadır. 30' lu yaşların öncesinde bu ihtimaller %10 iken, sonrasında bu oran %34' lere kadar yükselmektedir. İlerleyen yaşla beraber seksüel aktivitede azalmada yaşanması da dolaylı olarak yaş faktörü içinde sayılabilir. Çevresel olumsuz faktörlere maruz kalma fertilizasyon ve implantasyon ihtimalini de etkileyebilmektedir. Bazı çalışmalar, son yıllarda infertilite oranında artış yaşandığını göstermektedir. ABD' de 20-24 yaş aralığındaki kadınlarda 1965' ten bu yana infertilite oranında yaklaşık olarak üç kat artış yaşandığını bildirmiştir. Bu durumun nedenleri arasında, infertilite tanı yöntemlerinde yaşanan gelişmeler, infertilite tanı ve nedenlerinin saptanmasındaki artış, tedavi alternatiflerinin artması, sigorta kampanyalarının tedavi sürecine yönelik ödemelerinin artması gösterilmiştir. Birçok ülkede infertilite nedenleri benzerlik gösterse de, sıklığı açısından oranlarına bakıldığında ülkeler arasında, hatta aynı ülkenin farklı bölgeleri arasında farklılık gözlenebilmektedir (28-33).

Üreme yaş grubundaki çiftlerde infertilite oranı %5-30 arasında değişirken, dünya çapında infertilite oranına bakıldığında, çiftlerin %8' inin yani yaklaşık olarak 50 ile 80 milyon civarı kişinin infertilitenin bir çeşidini yaşadığı bildirilmiştir. DSÖ dünya çapında 60-80 milyon çiftin infertil olduğunu öngörmektedir. Türkiye' de ise yaklaşık 2 milyon infertil çift olduğu tahmin edilmektedir. Genel infertilitede %15-20 ile kadın infertilitesinde %40 ovulasyon bozukluğu ve luteal faz problemleri, %35-40 ile tubaperitoneal patoloji, %2-10 ile uterin ya da servikal patoloji, %35-40 ile erkek faktörlü inferilite nedenleri gösterilmektedir. Bu nedenlerin dağılımı incelenen merkezlerin düzeyine ve infertilite süresine göre değişmektedir (34-40).

2.1.1. Kadına Ait Faktörler

Menstrüel siklusta ovulatuar ve luteal fazda yaşanan sorunlar ovum döllense bile implantasyonunda etkilenmeye ve neticesinde infertiliteye sebep olabilir. Nöroendokrin, luteinize olmamış rupture folikül, atrezi, folikülün çatlamasına rağmen oosit atılamaması, oosit olmadan folikülün olgunlaşması, tiroid, ağır egzersiz, obezite, stres, hepatorenal sebepler, over bozuklukları, hipofizle alakalı problemler anovulasyona sebep olabilir. Sebepsizken gelişmiş anovulasyon problemi olan infertil hastalar yumurtlamanın uyarılmasına pozitif cevap verebilirler. Korpus luteumun yetersiz

progesteron salgılaması ve endometriumun cevapsızlığı neticesinde luteal faz yetmezliği görülür ve bu yaklaşık olarak infertilitenin kadına ait nedenlerinde %3-4' ünü kapsar. Luteal faz yetmezliği döllenme olsa dahi gebeliğin ilerleyen aşamalarında %35 oranında habitual abortuslara neden olan bir faktördür. Her iki cinse de ileri tarama tetkikleri neticesinde sebep bulunamayan olgular açıklanamayan infertilite olarak adlandırılmaktadır (41,42,43).

2.1.2. Erkeğe Ait Faktörler

Her ne kadar infertilite konusunda kadınlar daha çok suçlansa da üreme fizyolojisinde yapılan araştırmalar erkeğinde aynı oranda rolü olduğunu belirlemiştir. Erkeklerin %6' sında infertilite problemi mevcuttur ve bu vakaların %90 civarında tespit edilen problemi spermatogenez üzerinedir. Seminal sıvı analizi uluslararası düzeyde erkek infertilitesi sınıflandırmasında temel oluşturmaktadır. Düşük semen volümü, koitus için yanlış zamanlama, sınırlı vajinal penetrasyon, hipospadias, konjenital mesane boynu açıklığı ve spermin vajenin alt kısmına depolanması gibi anatomik bozukluklar, erektil fonksiyon bozukluğu ve empotans, nörolojik dm, multiple skleroz, nörolojik spinal kord ve sempatik sinir travmaları, retroperitoneal ve pelvik cerrahi, intravajinal ejekulasyonun psikolojik olarak başarısız olması, antihipertansif ve psikotropik ilaçlar, radyasyon gibi sebepler Tip 1 mekanik infertiliteyi oluşturmakta ve erkek vakalarının %1-2' sine tekabül etmektedir. Spermin sayısı ve fonksiyonu birçok hastada normal olmakla beraber IUI ile başarılı bir gebelik oluşum ihtimali yüksektir. Normal FSH düzeyi ve konjenital ve infeksiyona bağlı epididimal obstrüksiyon, akkiz vazal obstrüksiyon, daha önce atlatılmış gonore, klamidya, tüberküloz, prostatitis, pelvik cerrahi, herni, vazektomi, yüksek FSH düzeyi ve konjenital inmemiş testis, radyoterapi, kemoterapi, kabakulak testis infeksiyonu (orşiti), düşük FSH ve steroid kullanımı, hipotalamus ve hipofiz bozukluğu, travma ve geçirilmiş enfeksiyon, küçük testisler ve gonodotropiner yetmezlik gibi sebepler Tip 2 Azospermi infertilitesini oluşturmakta ve vakaların %10-15 civarında görülmektedir (44,45).

Azospermi; en az iki seminal sıvı analizi yapılmış erkek bireyin ejekülatında hiç spermin olmayışı olarak tanımlanmaktadır. Nedeni bilinmeyen, immünolojik, unlateral obstrüksiyon, genitoüriner infeksiyon, vazektomi, obstrüksiyonun yeniden kazanılması için yapılan cerrahi operasyonlar, kalsiyum antagonistleri gibi sebepler Tip 3

İmmünolojik Sperm Kaplanması infertilitesini oluşturmakta ve vakaların yaklaşık %5' ine tekabül etmektedir. Bu durumda sperm hücreleri erkek bireyin antikorlarına bağlanır ve normal fonksiyonları bozulur. Tip 4 Anormal Semen Kalitesi; seminal sıvının değerlendirilmesinde sayı, hareket ve morfolojik anlamda bozukluk görülmesidir. Sperm sayısı yetersizse ve daha önce denenen fertilizasyon sorunu yaşanmışsa ICSI denenebilir. Nedenleri arasında; idiyopatik, konjenital unilateral kriptorşidizm, alkol, uyuşturucu, sigara gibi toksik madde kullanımı varikosel, enfeksiyon, genetik bozukluklar, unilateral obstrüksiyonlar, kemoterapi ve radyoterapi vardır. Erkek infertilitesi olgularının yaklaşık %80' ini oluşturmaktadır. Tip 5 Sperm Disfonksiyonu; sayı, hareket, morfolojik açıdan semianal sıvı incelemesinde bir bozukluk olmamasına rağmen spermlerin fertilizasyonu geliştirememesi olarak tanımlanır. Tüm infertilite olgularının yaklaşık %10' una tekabül etmektedir. Aynı zamanda açıklanamayan infertilite olarak da değerlendirilmektedir. Eşlerde yapılan ileri tetkikler neticesinde herhangi bir patoloji olmadığı halde iki yıl boyunca düzenli ilişkiye girilmesine rağmen hala gebelik oluşmamışsa, açıklanamayan ya da idiyopatik infertilite tanısı konmaktadır (21,46).

İnfertilitede pek çok faktör birarada görülebilir. Literatür taramalarında birbirinden farklı sonuçlar olmakla beraber genel anlamda, infertilitenin %40 oranında kadına bağlı, %40 oranında erkeğe bağlı, %10 oranında açıklanamayan ve %10 oranında her iki eşe bağlı sebepler olduğu kabul edilmektedir. İnfertilite vakalarında primer infertilite yaklaşık olarak %55-75, sekonder infertilite ise yaklaşık olarak %25-40 civarında tespit edilmiştir. Çiftlerin dikkatli değerlendirilmesi neticesinde %85-90 oranında infertilitenin neden kaynaklandığına dair muhtemel sebep saptanabilmektedir (25,26,27).

2.1.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftler değerlendirilirken, infertiliteye sebebiyet veren faktörlerin tespiti, infertilitenin tanı ve tedavi süreci hakkında doğru bilgi paylaşımı, eğitim, danışmanlık ve destek vermek amaçlanır. Bu süreçte infertil çiftlerin doğru ve detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi büyük önem taşır. İnfertilitenin nedeninin araştırılması ve tedavi sürecinde özellikle ilk değerlendirmede çiftlerin birlikte katılımı eşlerin ortak sorunu olduğunu belirtmek için çok önemlidir. Bu nedenle çiftler çocuk sahibi olmak,

aralarındaki sevgi bağının güçlenmesi, sorunları hakkında bilgi sahibi olmak için kendilerine en doğru ve hızlı bir şekilde sürecin başlayıp ilerlemesini isterler (12,47).

Bir bütün olarak tedavi planlanırken, 12 ay ve daha uzun süredir korunmasız cinsel ilişkiye rağmen çocuk sahibi olamayan tüm çiftlere değerlendirmeye başlanması önerilirken, 35 yaş üzerindeki kadınlara 6 ay, 40 yaş üstündeki kadınlarda 6 aydan da önce başarısız gebe kalma girişimleri sonrasında değerlendirmenin yapılması gerekmektedir. Değerlendirme öncesindeki sürenin 12 ve 6 aylık zamanlara tamamlanması ve önerilen zamanlı ilişki ile üriner ovulasyon LH test kiti hakkında detaylı bilgi verilmesi, bu süreçte her iki eşte de fertilitenin arttırılmasına yönelik yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir (26).

Kadında ovulasyonun olup olmaması, oligomenore, amenore, tubaların açık olup olmaması gibi tubal hastalıklar, uterus kavitesinin implantasyonla ve ilgili problemleri, konjenital/prematür ovaryan yetmezlik ve radyoterapi ya da kemoterapi alıyor olmak gibi sorunların olması durumunda değerlendirmenin acilen yapılması gerekmektedir. Erkekte spermin sayısı, hızı, kalitesi ve yeterli düzeyde olup olmadığı, testiküler ve kasık inguinal bölgede herni ya da cerrahi işlemin olup olmadığı, erişkin kabakulak orşiti geçirme öyküsü, iktidarsızlık/impotans olup olmadığı, kemoterapi ya da radyoterapi öyküsünün varlığı, seksüel açıdan disfonksiyonun varlığı, başka bir cinsel partner ile infertilite öyküsünün olması gibi durumlar erkek değerlendirilmesinde de hızlı davranılması gerektiğini vurgular. Değerlendirmenin başından sonuna kadar çiftler kişiselleştirilerek değerlendirilmeli, uygulanacak testler mümkün mertebe doğru, hasta bütçesi için hesaplı, hızlı ve en az düzeyde invaziv olmalıdır (48,49).

2.1.3.1. Kadının Değerlendirilmesi

Kadının değerlendirilmesinde öncelikle anamnez alınır, fiziksel pelvik muayene yapılır ve ardından tetkiklerle değerlendirme devam eder.

2.1.3.1.1. Anamnez Alınması

Ayrıntılı anamnez alınması infertilitenin sebebini belirlemede oldukça önemlidir. Anamnezde; yaş, evlilik süresi, gebe kalmak istemeden önce kullanılmış olan kontrasepsiyon yöntemi, infertilite süresi, seksüel hikaye, mentrüel siklus öyküsü, pelvik ağrılar, alerji varlığı, geçirilmiş ya da mevcut hastalıklar ve operasyonlar, ailede

başka erken menopoz ve infertilite öyküsünün olup olmadığı, sigara, alkol, uyuşturucu ve diğer madde kullanımı, geçirilen ya da mevcut jinekolojik hastalıklar, varsa daha önceki gebelik, doğum ve abortuslar, prementrüel sendrom, dismenore, psikolojik problemler, daha önce uygulanan tanı ve tedaviler, çevresel koşullar, genetik hastalıklar, cinsel ilişki sonrasında ve öncesindeki uygulamalar, kilo değişiklikleri, egzersiz alışkanlıkları, tiroid, galaktore ve androjenik değişimler sorgulanmalıdır (26,27,50-54,182).

2.1.3.1.2. Fiziksel Muayene

Kadınların fiziksel muayenesinde; infertilitenin olası nedenleri kaydedilirken, vital bulgular, boy, kilo, vücut kitle indeksi, sistemik ve genital pelvik muayene, meme salgıları, sekonder seks karakterleri, tiroid bezinin büyüklüğü, hassasiyeti ve nodül varlığı, hirsutizm gibi androjenik bulgular dikkatlice gözden geçirilmelidir. Pelvik fiziksel muayenesi infertilite konusunda oldukça bilgilendirici olabilir. İlk muayenede spekulum ve servikal smear testi yapılmamışsa eğer mutlaka yapılmalıdır. Vajina, serviks, uterus yapısı vajinal muayenede dikkatlice incelenmeli ve olası septumlar ve konjenital anomaliler dışlanmalıdır. Anamnez ve fiziksel pelvik muayenenin ardından öngörülen probleme göre gerekli görüldüğünde kesin tanı konabilmesi için USG, histereskopi, sonohisterografi, salpingoskopi, sonosalpingografi, laparoskopi, menstruel siklusun ilk yarısında, mentruel kanama bittikten birkaç gün sonrasında yapılması uygun görülen histerosalpingografi gibi diğer tetkik yöntemleri uygulanmaktadır. Histerosonografide uteriniçi kaviteye kateter yardımı ile çoğunlukla serum fizyolojik sıvısı enjekte edilmekte ve böylece vajinal USG ile intrauterin kavite içi değerlendirilebilmektedir. Uterus, fallop tüpleri, overler, pelvik bozukluklar ve endometriyozis değerlendirmesinde ve infertilitenin değerlendirilmesinde son basamak olarak laporoskopi yöntemi kullanılmaktadır (21,26,51,52,55,56,182).

2.1.3.1.3. Prekonsepsiyonel Tarama

Prekonsepsiyonel taramalarda da infertilite değerlendirmesi içinde ele alınabilir. Risk faktörü varsa genetik danışmanlık önerilmelidir (57). Cinsel olarak aktif olan ve üreme çağında olan tüm kadınlara PAP smear taraması önerilmelidir. Gonore, klamidya, sifiliz, gönüllü oldukları takdirde gebelik planlayan kadınlarda kongenital enfeksiyon

riskini azalttığından HIV taraması, hepatit B ve rubella gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların taraması yapılmalıdır. Anemi açısından tam kan sayımı, glukoz, açlık kan şekeri ölçümü, HbA1c yapılması da önerilmektedir. Toksoplazma taraması ABD ve İngiltere gibi ülkelerde önerilmemekle birlikte, ülkemizde taraması yapılmakta ve bununla karşılaşmamış kadınların kedilerden uzak durması, bahçe toprak işleri ile uğraşırken eldiven ve koruyucu önlemlerle kendini koruması, çiğ etten uzak durması ve sık sık el hijyenine dikkat etmesi konusunda tavsiyeler verilmelidir (38,57,58).

2.1.3.1.4. Laboratuvar İncelemeleri

Kadına yönelik değerlendirmelerden laboratuvar incelemelerinde; hormonal ve serolojik testlere bakılmaktadır. Hormonal testlerde; hipofiz, hipotalamus ve over fonksiyonlarını değerlendirebilmek için menstruel siklusun erken dönemlerinde ki bunun en uygun görülen dönemi menstrual kanamanın ikinci ya da üçüncü günü kabul edilen FSH, LH, Estradiol (E2) hormonlarının bazal düzeylerine, prolaktin, inhibin-B, TSH, serbest T3, serbest T4, böbrek ve karaciğer fonksiyon değerlerine bakılmaktadır. Serolojik testlerde ise; HbsAg, Anti HCV, Anti Hbs, Anti HIV, Rubella IgG ve IgM, Toxoplazma IgG ve IgM, kan grubu ve tam kan sayımı, VDRL değerlerine bakılmaktadır (5,51). FSH' ın yüksek değerlerde bulunduğu olgularda gebelik ihtimalinin ve oosit kalitesinin düşük olduğu, sikluslar arası bu değerde sapmalar görülse dahi en az bir defa yüksek saptanması bile düşük kalitede over rezervi açısından anlamlı kabul edilmektedir. E2 bazal değeri tek başına belirleyici olmayıp FSH ile birlikte değerlendirildiğinde anlamlı kabul edilmektedir (21,182).

2.1.3.2. Erkeğin Değerlendirilmesi

Erkeklerin değerlendirilmesinde; öncelikle anamnez alınır akabinde fiziksel muayene yapılır ve ardından tetkiklerle değerlendirme devam eder.

2.1.3.2.1. Anamnez Alınması

Anamnez alınırken tıbbi ve üreme öyküsü, inguinal herni gibi cerrahi öykü, ailenin genetik üreme öyküsü, asgari iki kez yapılmış semen analizi, infertilite süresi ve varsa önceki fertilite durumu, geçirilmiş ve mevcut sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, egzersiz alışkanlıkları, tütün, alkol, zararlı madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan

hastalıklar, genital fonksiyonel bozukluklar, inmemiş testis gibi infertiliteye neden olabilecek faktörler detaylı bir şekilde incelenmelidir (44,59).

2.1.3.2.2. Fiziksel Muayene

Fiziksel muayenede; penis muayenesi, üretral meatusun konumu, testis palpasyonu ve büyüklüğü, epididimlerin ve vazların varlığı ile yapıları, varikosel, rektal muayene ve sekonder seks karakterleri detaylı bir şekilde incelenmelidir. Uygulanan tetkikler içerisinde; sperm penetrasyonu, semen analizi, endokrinal testler, testikuler biyopsi ve USG bulunmaktadır (60,61).

2.1.3.2.3. Laboratuvar İncelemesi

Semen analizi erkek infertilitesinin laboratuvar incelemesinin temelini oluşturmaktadır. İki semen analiz incelemesinin arasında asgari bir ay olmalıdır. Semen toplama işlemi öncesinde cinsel perhiz 3-5 gün süreyle gereklidir. Şayet semen evde toplanmışsa en geç 1 saat içerisinde vücut ısısında korunmuş şekilde laboratuvara ulaştırılmalıdır. DSÖ' nün belirlediği kriterler rutin semen değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır ve belirlenen aralık dışındaki değerler erkek infertilitesi riskini düşündürmektedir. Semen analizinde verilen bilgiler ve referans değerleri; Ejekülat hacmi >2.0 ml, pH >7.2-8.0, Likefaksiyon zamanı: 15 dakika, viskozite <2 cm, Sperm konsantrasyonu >20 milyon/ml, Total sperm sayısı >40 milyon/ejekülat, ejekülasyondan sonra 1 saat içerisinde Motilite yüzdesi (a+b) >%50 a(ileri hızlı) b(ileri yavaş) c(yerinde hareketli) d(hareketsiz), Normal morfoloji >%30 normal, Lökosit <1 milyon/ml, Vitalite >%75 şeklindedir. Erkek infertilitesinde referans değişkenlerindeki farkları tanımlamak adına bir terminoloji oluşturulmuştur. Aspermi; dışarı hiç ejekülatın çıkmamasıdır. Azospermi; ejekülatta hiç sperm bulunmayışıdır. Asthenozospermi; ileri-hareketli sperm sayısının %50' den hızlı olan sperm oranının %25' den düşük olmasıdır. Hiperspermi; ejekülat hacminin 8ml' den daha fazla olmasıdır. Hipospermi; ejekülat hacminin 2ml' den daha az olmasıdır. Nekrozospermi; ejekülatta yaşayan spermin olmaması, tamamının ölü spermlerden oluşmasıdır. Normozospermi; referans değerlerine göre normal tanımlanan ejekülat olmasıdır. Oligozospermi; ejekülattaki sperm sayısının 20milyon/ml' den daha düşük bulunmasıdır. Oligoashtenoteratozospermi; spermin ejekülatta motilite, sayı ve morfoloji bakımından

bozukluğunu bildirir. Teratozospermi; spermlerin morfolojik açıdan %30' dan fazlasının bozuk olduğunu gösterir. Her ne kadar böyle bir terminoloji oluşturulmuşsa da bu terminoloji semen değişkenlerinin tamamını değil yalnızca bir kısmını tanımlar ve nedensel ilişki belirlemez (27,52,53).

2.1.4. İnfertilite Tedavisi

19. yüzyıldan günümüze kadar fertilizasyonun olabilmesi ve gebeliğin varlığı için ovum ve spermin birleşip, tubalarda döllenmiş ovumun intrauterin kaviteye yerleşmesi gerekteği bilinen bir gerçektir. İnfertilite tedavisinde birden fazla faktör rol alabilmektedir. Bu nedenle tedavi yaklaşımında önce nedenin belirlenmesi ardından bu nedenin ortadan kaldırılması gerekmektedir. İnfertilitenin nedeni, süresi ve kadının yaşı tedavi sürecini de doğrudan etkilemektedir. Yaşam şeklinin, beslenme düzeninin, sigara alkol vb. zararlı alışkanlıkların değişikliği ve düzenlenmesi, ilaç tedavisi ve cerrahi girişimler infertilite tedavisinin öncelikli basamaklarını oluşturmaktadır. Bu yaklaşımın yetersiz kalması durumunda tedaviye yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile devam edilmektedir. Başlarda tubal faktörler için kullanılan YÜT kısa zaman içerisinde erkek infertilitesi, açıklanamayan infertilite, PCOS, endometriyozis, immünolojik infertilite, uterin faktörler, anne yaşının ileri olması, PGT (Preimplantasyon Genetik Tanı) gibi sebepler için kullanılmaya başlanmıştır. İnfertilite tedavisinde yardımcı üreme teknikleri içeriğinde; ovulasyon indüksiyonu, mikromanipülasyon, cerrahi tedavi, AI (artifisyel inseminasyon), IUI (intrauterin inseminasyon), IVF-ET (in vitro fertilizasyon), OPU (Oocyte Pick-Up), ICSI (intra stoplazmik sperm enjeksiyonu), GIFT (gamet intra fallopian transfer), ZIFT (zigot intra fallopian transfer), TET (tubal embriyo transfer), ZD-PZD (zona delinmesi, parsiyel zona diseksiyonu), SUZI (subzonal sperm enjeksiyonu), PESA (perkütan epididimal sperm aspirasyonu), MESA (mikroskopik epididimal sperm aspirasyonu), TESE (testiküler sperm ekstraksiyonu) teknikleri bulunmaktadır (14,26,27,62,63,64,65).

2.1.5. İnfertilitenin Etkileri

Toplumda ve yasalarda kadın-erkek evlilikle beraber artık karı-koca diye adlandırılırken, zaman içerisinde anne-baba olarak adlandırılma eğilimine girmektelerdir. Bu eğilimin akabinde çiftler her ne kadar kendileri de istese toplumun

oluşturmuş olduğu bu baskıyla aile olma rolünü tam manasıyla gerçekleştiremediklerini düşünmeye başlarlar (13,15). Sürecin uzun olması, maliyeti, invazif girişimler, YÜT' de elde edilecek sonuçların etkileri, tanı ve tedavi sürecinin uzun basamaklı ve karmaşık olmasıyla ruh sağlığı üzerindeki yıkıcı etkiler oluştururken, çiftlerde aynı zamanda başarısızlık ve yetersizlik duyguları, sosyal yaşamlarının, evlilik ve cinsel ilişkilerinin, geleceğe dönük planlarının, özbenliklerine olan saygılarının, beden imajlarının ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmakta ve tam anlamıyla bir yaşam krizine dönüşebilmektedir (66,67).

İnfertil çiftler ya da bireyler bu durumla beklenmedik bir şekilde karşılaştıkları için zorlu bir yolculuğunda başlamış olduğunu kabul etmektedirler. Bu yolculuk belirli evrelerden geçmektedir; spesifik evreler terminal dönemdeki insanların yakınlarının yas tutma süreçleriyle neredeyse aynı seyretmektedir, daha sonra sırasıyla şok, şaşkınlık, inanamama, inkar, kızgınlık, anksiyete, terkedilme endişesi, kendini eksik ve değersiz hissetme, erkeklerin eril özelliklerinin ve güçlü taraflarının yoksun hissetmesi, öfke evresi, öfke akabinde kontrol kaybı evresi, tetkik ve tedavi sürecinden ötürü mahremiyetin ihlal edilmesi hissi, kadınlarda doğurgan kadınlardan kaçma ve yalnızlık evresi, bir eş diğer eşin anne-baba olmasına engel olduğu düşüncesiyle suçluluk evresi, suçluluk evresini takiben aile ve kültür baskıları neticesiyle cezalandırılma evresi, ilgi ve depresyonla da ilişkilendirilebilen isteklerin azalması evresi. Sağlıklı ve güçlü çiftler çözülme evresine ilerlerler ve yadsıma evresinin yerini gerçeklere bırakarak birbirlerine, aile ve çevrelerine karşı barışçıl bir yol izlerken tedavi alternatiflerini araştırıp değerlendirirler. Terminal dönemdeki insanların yakınlarının yas süreciyle spesifik infertilite evreleri her ne kadar benzer olsa da infertilitenin ve teşhis-tedavi sürecinin yaşamı tehdit edebilen ölümcül bir neticesi bulunmamaktadır. Fakat yaşam kalitesi de evlilik/çift uyumu da tehdit altındadır. Terminal dönem bireyleri/çiftleri birbirlerine yakınlaştırırken, infertilite çiftleri birbirlerinden ve çevrelerinden uzaklaştırabilir. Fertil ve infertil grupların karşılaştırıldığı araştırmalarda, infertil grupların fertil gruplara kıyasla stres, anksiyete ve depresyon skorları daha yüksek ve bu gruplarda öfke, asabiyet, özsaygıda azalma, çevresel iletişim güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, depresyon gibi psikolojik bozulma göstergeleri ortaya konmaktadır (68,69,70).

İnfertil çiftlerin sosyal çevresi ve aile/kültürel yapısı da süreç açısından çok önemlidir. Sosyal çevre desteğinden yoksunluk ve olumsuz yaşam koşulları infertilite

sürecinde oluşabilecek kötü senaryoların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Yaşanan ev, yaşanılan evdeki birey sayısı, ekonomik koşullar, çalışma şartları, hukuki statüler, çiftin fiziksel koşulları, kent/kır yaşamı, evlilik biçimleri aile ve sosyal hikayeyi belirler ve kaotik, disfonksiyonel bir aile yapısı, aile öyküsünde infertilite olması tedaviye odaklanmayı ve adaptasyonu bozabilen, güçleştiren önemli faktörlerdir. Teşhisle yüzleşmenin ardından tedavi sürecinin uzunluğu, sosyal baskılar, ertelenen tedavi çözümleri, ekonomik zorlanmalar, çiftlerde ruhsal bozulmalar yaratarak çok yönlü bir yaşam krizine dönüşebilmektedir (35).

YÜT ile tedavi yöntemleri infertil çiftlerde diğer tedavi yöntemlerinden daha fazla psikolojik problemlere yol açtığı ve bununla beraber tedavi maliyetleri ve uzun vadeli zaman faktörü de eklenince çiftlerin evlilik uyumları ve yaşam kalitesinde bozulmalara sebep olduğu gözlenmiştir. Çiftler bu tedavi sürecini son basamak olarak algılamaktadırlar. ET sonunda eğer durum başarısızlıkla sonuçlandıysa çiftler ve özellikle kadın infertil hastalar embriyoya olan bağlılıklarından ötürü bu süreci yas süreci gibi yaşamaktadır. Erkekler ise babalık duygularına sahip olamayacaklarını düşündükleri için yas sürecine girmektedirler. İnfertil kadınlar rahatsızlıkları ile ilgili olarak daha dışadönük bir tavır sergilerken, erkekler daha içe dönük, daha az konuşan bir davranış içerisindedirler. Kadınların tedavi sürecinde daha çok prosedüre maruz kalması erkeklerden daha fazla psikolojik problemlerinin ortaya çıkmasını destekler niteliktedir. Kadınların ve erkeklerin başa çıkma ve savunma mekanizmalarındaki farklılıklar, yine kadınların daha paylaşımcı ve dışa dönük olmalarından kaynaklanmakta fakat bu farklılıklar eşler arasında gerginliklere de sebep olmaktadır (71).

Genel anlamda değerlendirildiğinde kadınların problem çözmek konusunda daha çok sorumluluk alıp çaba harcadıkları bununla birlikte kendilerini suçlama konusunda daha eğilimli oldukları, yanı sıra çift uyum sorunları ve cinsel yaşam konusunda benzer özelliklere sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Kadınlarda bağlanma ve yetiştirme duyguları, erkekte özgürlük ve hedeflerine ulaşma duyguları, fiziksel ve kültürel farklılıklardan ötürü daha ön plandadır. Kadınlar için eş ve sosyal çevre desteği bu süreçte oldukça önemli iken sosyal çevrelerinden uzaklaşma eğiliminde, erkekler ise hem uzaklaşma hem de kişisel kontrolü kendi elinde tutma eğilimindedirler. İnfertilite tedavisi gören hastalarla ciddi medikal hastalık yaşayan kişilerin psikolojik problemleri

benzer oranlardadır ve iki gruba da aynı hassasiyetin gösterilmesi oldukça önemlidir (72).

Anksiyete düzeyinin yüksek bulunması hiperprolaktinemi ile doğru orantılı bulunmaktadır. IVF tedavisi gören bir grup hastayla yapılan bir çalışmada, duygu durum ile tedavi başarısı incelenmiş ve %25' i depresif semptomlar göstermiştir. Bununla birlikte depresif grubun bir yıl içinde gebe kalma oranı %13 iken depresif olmayan grupta bu oran oldukça yükselmiş ve %29 bulunmuştur. Etiyolojisi bilinen infertil hastaların, idiyopatik infertillere nazaran daha depresif olduğu saptanmıştır. Tedavi süreci 2-3 yıl olanların, 1 yıldan az ve 6 yıldan fazla olan infertillere göre daha depresif tavır sergiledikleri görülmüştür (73,74).

İnfertilite Türkiye'de kısırlık, verimsizlik kelimeleriyle karşılık bulmaktadır. Üreme yeteneğinin başarısız olması, sosyokültürel açıdan cinsel kimlik hakkında kadın ve erkek olma algısını olumsuz etkilemektedirler. Bu durumun getirdiği sonuçlar arasında; damgalanma, dışlanma, eş ya da sosyal baskı ve şiddet, istemdışı evliliğin sonlanması/boşanma, çok eşlilik vb. durumlar bulunmaktadır. Sağlıklı olan eş, evliliği bitirme ya da çocuk sahibi olmaktan vazgeçme duygularını yaşarken, infertil eş ikinci kez kayıpla yüzleşmek olasılığıyla karşılaşmaktadır. Bu durumda da sosyokültürel durum ön plandadır. İnfertilite kanuni açıdan boşanma nedeni olmamakla beraber bazı toplumlarda hem boşanma hem de çok eşliliğe neden olabilmektedir ve bu durum özellikle kadın infertil gruplarda görülmektedir (75,76,77,78,79).

2.1.6. İnfertilite ve Doğurganlık

Gebelik isteyen, çocuk sahibi olmayı düşünen çiftlere haftada en az 4 defa olmak koşuluyla cinsel ilişkide bulunmaları önerilmektedir. Yeterli sıklıkta cinsel ilişkide bulunmama infertilitenin etiyolojisinde en sık bilinen nedendir. Gebe kalma oranını artıran diğer yol ise ovulasyon zamanında cinsel ilişkide bulunulmasıdır. Bu zaman, ovumun 24 saat, spermin ise kadın rahminde 72 saat canlı kaldığı düşünülecek olursa, 28 günlük bir menstrüel siklusta gebe kalma ihtimalinin en yüksek olduğu zamanın siklusun ortasındaki 3 gün olduğu saptanmaktadır (80).

Çocuk sahibi olmak her çiftin özlem duyduğu bir olgudur. İnfertilite çiftlerin her ikisini de psikolojik, duygusal, sosyal, biyolojik ve ekonomik açıdan tehdit eden ve yoran bir sağlık sorunudur (79). Çocuk, ailenin, neslin, kültürün devamlılığında rol alma

ayrıcalığı sunarken, ebeveynlere de kimlik, sosyal statü ve varoluşsal anlam kazandırır (81).

Bir çalışmada kadınlar için, anne olmak çocuk dünyaya getirebilmek ile aynı ve toplumsal sosyal statülerini koruması, geleceklerini güvence altına almaları ile eşdeğer bulunmuştur (82,83). Türkiye' de de tüm dünyada olduğu gibi evlilik akabinde çocuk sahibi olabilmeyi getirmekte ve çocuk sahibi olunamayan evliliklerde problemlerin ortaya çıktığı görülmüştür (4,20,84,85). Toplumumuzda kadının evlenmesiyle birlikte girdiği hanede eşinin ilgisini ve saygınlık kazanması, soyun devamı ve annelik duygularını tadabilmesi için çocuk doğurması gerekmektedir (86).

Yapılan geniş çaplı primer ve sekonder infertillerin bulunduğu bir çalışmada, idiyopatik/psikojenik infertilitenin çok faktörlü olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak bazıları psikoterapi ile çözülebilirken bazıları değişmez kişilik özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bundan dolayı jinekologların ve psikiyatristlerin işbirliği tedavi sürecinde oldukça önem arz etmektedir (87). İnfertil kadınlar tedavi sürecini invaziv girişimlerden dolayı yıpratıcı geçirdikleri gibi, IVF sonrası çoklu gebelik oluştuğu süreçte de gerek fetuslerin anomali ihitimali gerekse riskli gebelik durumundan ötürü oldukça yıpranmaktadırlar. Genetik anomali ve endikasyon sebebiyle amniyosentezi takiben yapılan selektif abortuslarda sınırlı sayıda araştırma olmasına karşın sonuçlarda iki yılın sonunda dahi anne-baba adaylarında üzüntü yaşanması durumu devam etmekte olduğu bulunmuştur (88). Gebeliğin sonlanması kadının duygu durumunda büyük bir travma yaratırken, yas reaksiyonunu da beraberinde getirmektedir. Gebeliğin trimesterına bağlı olarak depresyon durumu da gebelik ilerledikçe üç kat artış göstermektedir. Gebe kalıp kayıp yaşamış infertil kadınların durumları, istemsiz gebe kalan kadınların durumuna göre çok daha yüksek psikolojik reaksiyonlara sebep olmaktadır. Bu durumda eşler arasında kronik yas, tekrar çocuk sahibi olabilmeyi denemek konusunda cesaretsizlik ve tekrar başarılı olabilme konusunda ümitsizliği, inanç kaybını beraberinde getirmektedir (89).

2.2. İnfertilite ve Şiddet

İnfertilite süreci öfke, kontrol kaybı, saldırganlık, kıskançlık, sosyoekonomik durumda bozulma, boşanma, sosyal izolasyon ve yalnızlık, kınanma, damgalanma,

yoksunluk ve yetersizlik, düş kırıklığı, sosyal statüde azalma, rol kaybı, güç kaybı, özbenlik ve özsaygıda yitim ve şiddete neden olmaktadır (112,113).

Tüm gelişmiş imkanlara rağmen infertil kadınlar infertilite problemi yaşadıklarını ifade ederken aşağılanma duygusuyla başetmektelerdir (114). İnfertil kadınlar toplumsal adaletsizlik ve toplumsal eşitsizliklerden fertil kadınlara göre daha fazla etkilenmekte ve şiddete maruz kalmaktadırlar (115). Kadına yönelik şiddet tarihin her döneminde var olmuş ve günümüzde de tüm dünyada artarak devam eden sosyal bir sorundur.

Aile içi şiddet ve kadına yönelik şiddet küresel çapta bir sağlık sorunudur. DSÖ raporuna göre 3 kadından 1' i yaşamlarının bir döneminde şiddete maruz kalmaktadır. İnfertilite dünya çapında çiftlerin yaklaşık olarak %8-12' sinde görülmektedir. Özellikle erkeğin baskın karakter olduğu ataerkil toplumlarda kadın infertiliteden sorumlu tutulmakta ve çiftlerin ilişkileri ciddi anlamda olumsuz etkilenmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda infertilite şiddete maruz kalmada ciddi bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Kadınların birçoğu infertilite tanısı konulduktan sonra ilk kez şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. İnfertil kadınların maruz kaldığı en yaygın şiddet türü psikolojik şiddet olmuştur ve Türkiye' de %63,4 olduğu belirtilmektedir. Bunun yanısıra, duygusal, fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kalma yapılmış olan çalışmalarda infertil gruplarda fertil gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmalar partnerleri tarafından şiddete maruz kalan kadınların fiziksel ve mental morbidite, intihar girişimi gibi risklere sahip olduklarını göstermektedir (116). Dünya genelinde tüm kadınlar din, dil, ırk, sınıf, ekonomik ve sosyal statü farkı olmaksızın şiddete maruz kalma riski ile karşı karşıya kalmış durumdadır. DSÖ' nün bölgelere göre şiddet yaygınlığını yayımladığı 2013 yılı raporunda cinsel ve fiziksel şiddetin %30 olduğu ve Afrika, Güneydoğu Asya ve Doğu Akdeniz bölgelerinde şiddet yaygınlığının daha fazla olduğu belirtilmiştir. AB üyesi olan 28 ülkede 2013 yılında yapılmış olan kadına yönelik şiddet araştımasının sonuçlarına göre AB üye ülkelerde her üç kadından birinin, 15 yaşından sonra en az bir defa fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Türkiye' de yapılan araştıma bulgularına göre kadınların %44' ü duygusal, %36' sı fiziksel, %30' u ekonomik, %12' si cinsel şiddete maruz kalmaktadır (117,118,119,120).

Kadının ilk görevi gibi görülen annelik, toplumsal baskının en çok kadınlarda yaşanmasına sebep olmaktadır. Sosyal baskı sadece bu duruma doğrudan maruz

kalanlarda değil, onların yakın çevrelerini ve geniş perspektifte toplumu da etkilemektedir (121).

Çocuksuzluk durumu çiftler üzerinde toplum bakısından ötürü psikolojik baskıyı da artırmakta ve sosyal damgalanmaya sebep olmaktadır (122). İnfertil bireylerdeki damgalanma durumu sadece fiziksel eksiklik veya kusur olarak değil içinde bulunulan grubun kurallarına uymama ve grup dışında kalma olarak hissedildiği ifade edilmektedir. Bu durumda kadın diğer yetkin vasıflarını görmekte zorlanmakta ve ağırlıklı olarak sosyal yaşantıda yetersizlik duygusuyla başetmek zorunda kalmaktadır. Kadınların birçok girişimsel işlemlere maruz kalması, sorun erkek ya da kadın faktörlü olsa bile en çok etkilenen yine kadın olmakta ve özgüveni zedelenmektedir (19,123,124).

Sosyal çevreyle temas ve eğlence tanı öncesinde daha sık iken tanı sonrasında bu durum yerini izolasyon ve acıya bırakmaktadır (125). Bununla beraber, yapılan araştırmalarda infertilite tedavisi gören kadınların kayınvalidelerinin boşatma ya da çokeşliliği destekleyici tehditlerine, çocuklu ortamlarda stres yaşadıklarına, aşağılayıcı sözlere, süreçle alakalı sorulan yıpratıcı sorulara, çevrelerindeki kadınların çocuklarıyla ilişkilerini gördüklerinde imrenme duygusuna maruz kaldıklarını göstermiştir. Sosyal baskıya maruz kalmanın aile, eş, akraba gibi yakın çevreden kaynaklandığı gösterilmiştir (82).

Bazı toplumlarda infertil kadınlar radikal şekilde damgalanmakta ve dışlanmaktadır. Kamerunlu infertil kadınlar eşleri tarafından terkedilip tek başlarına hayatta kalma çabası vermektedirler (126). Pakistan' da yapılan bir araştırmada infertilite %20 oranında şiddet için risk faktörü olarak bulunmuştur. Yine Pakistan' da infertil kadınlar eşlerinden sözel, emosyonel ve fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (83,127). İran' da yapılmış bir çalışmada %61.8 oranında infertil kadınların aile içi şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (128). Yapılan bazı araştırmalara göre bilhassa Arap ülkelerinde infertil kadınlar eşleri tarafından şiddete maruz kalmakta ve terk edilmektedir (129). Nijerya' da infertil kadınların yenidoğan bebeklere dokunması yasak olduğu gibi, sosyal izolasyon ve dışlanmaya maruz kalmakta, ekonomik anlamda zorluk çekmektedirler (130). Ülkemizde Ankara' da yapılmış infertil ve fertil grupların karşılaştırıldığı bir çalışmada, infertil kadınlar ekonomik, emosyonel ve cinsel şiddete daha fazla maruz kalmaktayken, fiziksel şiddete maruz kalma oranları eşit saptanmıştır. Van' da yapılan bir araştırmada, her üç kadından biri aile içi şiddete maruz kalırken bu

kadınların %78' i infertilite tanısı sonrası ilk kez şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (131,132).

Yapılan birçok çalışmada şiddetin çok faktörden etkilenen bir kavram olduğu, gelir seviyesi düştükçe şiddetin arttığı, genç kadınların ileri yaştaki kadınlara göre daha fazla şiddete maruz kaldığı, eşin kültürel yapısıyla şiddetin ilişkili olabileceği, istemsiz evliliklerde ve çalışmayan erkeklerin olduğu gruplarda şiddet oranının da yükseldiği, her iki tarafta da eğitim seviyesinin yükselmesiyle şiddet oranının düştüğü gözlenmiştir. İnfertil kadınların yaşadıkları en yaygın şiddet türünün psikolojik şiddet; küfür, alay, aşağılama, yüksek ses tonu olduğu, fiziksel şiddette ise tokat atma, nesne fırlatma olduğu belirtilmektedir. Yapılan bazı çalışmalar fiziksel şiddetin psikolojik şiddetten sonra en yaygın şiddet türü olduğunu gösterirken, kadınlar önce eşleri sonra eşlerinin aileleri tarafından şiddete maruz kalmaktadırlar ve tedavi sürecine adaptasyon sorunu yaşamaktadırlar. Yapılan bazı araştırmalarda silah ile yaralanma saptanmamışken, yakılma, zehirlenme, sert cisimlerle şiddet, tokat ve itme gibi şiddet davranışlarının daha sık yaşandığı saptanmıştır. Psikolojik şiddet çok boyutlu olmakla beraber infertil kadınların maruz kaldığı şiddet türlerinin en çok maruz kalınanıdır. İran' da %74.3, Nijerya' da %54.4 oranında infertil kadınlar duygusal şiddete maruz kalınmaktadır. Afrika' da infertil kadınların fertil kadınlara göre boşanma, tehdit edilme, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kalma oranı yapılan çalışmalarda daha yüksek bulunmuştur. İnfertil kadınlar yasalar gereği eş mirasından men edilmektedirler. Toplum tarafından ciddi baskılara maruz kalmakta olan infertil kadınlar, kötü şans sahibi olarak damgalanmakta, kız çocuklarından uzak tutulmakta, düğün, bebek kutlamaları vb. kutlamalara davet edilmemektedir (112,133,134,135,136).

2.3. İnfertilite ve Yaşam Kalitesi

Bireylerin yaşamları üzerinde algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental anlamdaki yaşamsal fonksiyonlarını yerine getirmek, DSÖ' nün sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine yapmış olduğu tanımlamadır (91). İnfertilitenin tanı/tedavi sürecindeki psikolojik ve sosyal etkiler bireylerin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir (90,92). İnfertilitenin teşhisi, girişimsel uygulamalar, çiftin başetme becerilerini ve sosyal destek ölçülerini zorlamakta, mental, fiziki ve duygusal yıpranmalara sebep olurken, seksüel disfonksiyon, depresyon, stres, anksiyete gibi çiftin ilişkisini ve yaşam

kalitelerini de etkilemektedir (93). İran' da 2008 yılında yapılan bir çalışmada infertilite tedavisi gören erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu ifade edilirken, genç yaşta olma, düşük eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı derecede farklılıklar gözlenmiştir. Yanı sıra, infertilite süresi, daha önceki teşhis ve tedavi süreci, infertilite etiyolojisi açısından yaşam kalitesiyle ilgili anlamlı ilişki bulunamamıştır (94).

İnfertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri de çok boyutludur. Tedavi süreci, ilaçlar masrafları oldukça bütçe zorlayıcı duruma gelmektedir. Çiftlerin iş yerlerinden almaları gereken izinler, kadınların işlerini bırakmalarına hatta kariyer yapmaktan vazgeçmelerine bile sebep olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada erkeklerin %85, kadınların %84 oranında tedavi sürecinin ekonomik anlamda bütçelerini zorladıklarını ifade etmişlerdir (95,96). Bu durumlarda bireylerin yaşam kalitelerinde bozulmalara sebep olabilmektedir. İnfertilitede cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, erkeklerin ruh sağlık düzeyi kadınlara nazaran anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş olup, psikososyal problemler kadınlar üzerinde cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi açısından daha yıkıcı etkilere sahip ve çevresel faktörlerden daha çok etilenir düzeydedir (97). İnfertilitenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada 21-30 yaş arasındaki infertil çiftlerin özellikle infertil kadınların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (98).

2.4. İnfertilite ve Evlilik Uyumu

İnfertilite eşler arasındaki uyumu zedeleyen, zorlu teşhis ve tedavi süreçlerinden geçilen bir durumdur. Yapılan bir araştırmada çiftin infertilite sebebi açıklanamayan olduğunda kadınların depresyon düzeylerinin daha azken, kadın faktörlü infertil teşhisi konduğunda depresyon düzeyi de ciddi artış göstermektedir. Depresyon eşler arasında iletişim prblemini de beraberinde getirmektedir. Eşler arasındaki iletişim problemleri kadınlara nazaran erkekler için daha büyük ve sık rastlanan bir sorun olmuştur (99).

Evlilik doyumu, uyumu, bütünselliği ve ilişkisi olarak nitelendirilen kavramlar evliliğin kalitesini belirleyen kavramlar olarak değerlendirilebilmektedir. Evlilik doyumu kişinin kendi ihtiyaç duyduğu gereksinimleri ve mutluluk düzeylerini, evlilik uyumu ise evliliklerinden karşılıklı olarak bireylerin algıdıkları geçinme düzeyini anlam bakımından karşılamaktadır (100). Yapılmış olan araştırmalar, infertilite konusunda

danışmanlığın önemine vurgu yaparken, evlilik uyum düzeyi yüksek olan infertil çiftlerin tedaviye uyum ve umut düzeylerinin ve psikolojik sağlık düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (101,102). Çiftlerin birbirine bağlılıklarının yeterliliği, sevginin karşılıklı olması ve yeterliliği, çiftlerin annelik babalık rolleri ve inançları konusunda tatmin edici ilişkiler içerisinde bulunmaları evlilik doyumunu etkileyen etmenlerdir (103).

Yapılan araştırmalarda, infertilite tanısından sonra ve tedavi sürecinde, cinsel istek ve doyumda azalma, erkeklerin cinsel doyum oranının seksüel ilişki sıklığı ile anlamlı güçte ilişki, erektil ve orgazmik disfonksiyon tespit edilirken, kadınlarda seksüel istek, orgazmik disfonksiyon, cinsel ilişki ve önsevişmeye ayrılan süre ve sıklıkta azalma olduğu kaydedilmiştir (104,105,106). Buna karşılık yapılan bir çalışmada, yardımcı üreme tekniklerinden olan İnvitro Fertilizasyon tedavisinin evlilik uyumu üzerine olumsuz etkisinin olmaması yanı sıra infertilite tedavisi görmekte olan çiftleri birbirine yakınlaştırdığı kaydedilmiştir (107). Başka bir çalışmada, infertilite teşhisi ilk konduğu anda çiftlerin, çocuklu bireylere göre mutsuz olduklarını ancak teşhisin kabul evresiyle birlikte zaman içerisinde mutluluk düzeylerinin arttığını ifade etmişlerdir (108). Öte yandan teşhis ve tedavi süreci içeriğinde yer alan cinsel perhizler, tedavinin plan prosedürleri seksüel ilişkinin doğallığının zedelenmesine dolayısıyla cinsel istekte azalmalara sebep olabilir (109). Spontan abortus ve çok sayıda doğum yaşayan kadınların ve buna ek olarak infertilite süresinin uzamasında erkeklerin evlilik doyumu azalmakta olduğu bildirilmiştir (110). 1998 yılında infertilite tedavisi gören, başarı sağlanmış, başarı sağlanamamış fakat evlat edinmiş, başarı sağlanamamış ve evlat edinmemiş olan, 3 grubu içeren bir çalışmada; çocuksuz kadınlar çocuklu kadınlara göre infertilite sürecinin evlilik ilişkilerini negatif yönde etkilendiklerini ifade etmişlerdir (111).

Tüm bu bağlamlarda genel açıdan ve geniş perspektiften bakacak olursak, infertilite süreci uzun, maliyetli, yoran ve yıpratan bir süreçtir. Bireyler üzerinde multifaktöriyel etkiye sahiptir. Alanında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulurken, yapılan araştırmaların gösterdiği üzere infertilite evlilik uyumunu etkilemektedir. Sağlıklı ve doğru bilgilendirme, psikososyal destek, sağlık profesyonellerinin değerlendirmeleri ile birbirleri arasındaki konsultasyonları bu durumu pozitif yönde ilerletebilmek için faydalı bir yaklaşım olabilir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın amacı ve tipi, araştırmanın hipotezleri, araştırmanın evreni ve örneklemi, araştırmanın yeri ve zamanı, araştırmanın sınırlılıkları, veri toplama araçları ve verilerin değerlendirilmesine dair bilgiler sunulmaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0: İnfertil kadınların maruz kaldığı şiddetin yaşam kalitesi ve evlilik uyumları üzerine etkileri yoktur.

H1: İnfertil kadınların maruz kaldığı şiddetin yaşam kalitesi ve evlilik uyumları üzerine etkileri vardır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi İnfertilite Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. İlgili hastanenin Bilgi İşlem Biriminin veri tabanına göre infertilite polikliniğine aylık başvuran infertil kadınların sayısı ortalama 581'dir. Araştırmanın örnekleminin belirlemesinde, evrenin belli olduğu durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak örneklem hesaplanmış ve örneklem sayısı 215 olarak belirlenmiştir.

Örnek büyüklüğünü hesaplamak için aşağıdaki formül kullanılmıştır:

n= N .t .t .p.q / d.d .(N-1) + t.t.p.q
n=581.1,96.1,96.0,33.0,67/0,05.0,05.(581-1)+1,96.1,96.0,33.0,67=215

N: Evrendeki birey sayısı
t: 1.96 (Alpha = 0,05'de sonsuz serbestlik derecesinde t tablosundan bulunan teorik değer.
p: 0,33 (İncelenen olayın görülüş sıklığı)
q: 0,67 (İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı)
d: 10 (Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma)

Çalışmada gönüllülük esas olup primer infertilite tedavisi gören, iletişim ve dil sorunu olmayan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Sekonder infertil kadınlar, halihazırda infertilite tedavisi gören kadınlar araştırmanın dışında tutulmuştur. Araştırmadan 13 kişi çekilmiş, 7 kişi çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Fakat planlanan süre içerisinde hesaplanan örnekleme ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmada, Haziran 2019–Kasım 2019 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İnfertilite Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. İlgili birimde 3 hekim, 1 hemşire çalışmaktadır. İnfertilite Polikliniği'nde aktif 2 muayene odası bulunmaktadır. Salı günleri hekimlerin eğitim günü olması sebebiyle hafta içi 4 gün aktif muayene hizmeti olup, verilerin toplanması için bu günler tercih edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece infertil kadınların alınması çalışmanın sınırlılığıdır. Veri toplama araçlarındaki soruların uzun olması, yüz yüze görüşme süresinin yaklaşık olarak 20 dakika olması, muayene sırasının bazen hızlı gelmesi, tahlil için klinikten ayrılma gibi sebepler katılımcıların araştırmayı yarım bırakıp çekilmesine veya reddetmesine sebep olmuştur.

3.6. Etik Durumlar

Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Kurulun 1 Şubat 2019 tarihli, 85 sayılı toplantısında alınan 36 numaralı kararla araştırma etik açından uygun bulunmuştur (Ek-5).

Çalışmanın veri toplama aşaması, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi İnfertilite Polikliniği' nde yüz yüze ve mahremiyete uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Bunun için Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan ve Balcalı Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek-6).

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada tarafımızca literatür doğrultusunda geliştirilen sosyodemogreafik, genel sağlık ve obstetrik özellikleri içeren 22 sorudan oluşan birey tanıtım formu, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği (İKMKŞBÖ) (113,145), Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol İnternational) (146-150) ve Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (151) kullanılmıştır.

3.7.1. Birey Tanıtım Formu

İnfertilite tedavisi gören kadın katılımcıları tanımaya yönelik oluşturulan birey tanıtım formu; kadınların yaşı, medeni durumu, evlilik yaşı, evlilik yılı, evlilik sayısı, evlenme biçimi, kendisinin ve eşinin eğitim durumu, kendisinin ve eşinin çalışma durumu ve meslekleri, sosyal güvence varlığı, gelir düzeyi, aile tipi, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, infertilite süresi, infertilite nedeninin kime ait olduğuna yönelik 22 adet sorudan oluşmaktadır (Ek - 1).

3.7.2. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği' nin geçerlik – güvenirlik çalışması ve geliştirilmesi 2014 yılında Onat tarafından yapılmıştır (113). Ölçek 31 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşturulmuştur. Ölçeğin alt ölçekleri; aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanmadan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach α değeri 0.96 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach α değeri 0.94 bulunmuştur. Soruların her birinin likert ölçeğine göre 1' den 5' e kadar puanlama yapılmakta olup, 1= Asla, 2=Nadiren, 3=Ara sıra, 4=Sık sık, 5=Her zaman olarak değerlendirmeye alınmaktadır. Ölçeğin puanlamasından alınabilecek maksimum puan 155, minimum puan ise 31 olup, puan arttıkça şiddete maruz kalma oranı da artmaktadır (113,145) (Ek-2).

3.7.3. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol)

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol), fertilite sorunlarının ve tedavisinin kişiler üzerindeki etkilerini farklı yaşam alanlarında

ölçebilen bir ölçek olarak, Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (American Society for Reproductive Medicine), Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (European Society of Human Reproduction and Embryology), çeşitli mesleklerde uzmanlar (araştırmacı, danışman, psikolog, jinekolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi) ve Merck Serono tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 2011 yılında Boivin ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek Türkçe dahil olmak üzere 20 dile çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe çalışması 2008 yılında psikolog Işıl Ertüzün tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach α değeri 0.92 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da Cronbach α değeri 0.92 bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarıyla birlikte, eşler arasındaki, aile arasındaki ve sosyal ilişkilerdeki etkilenmeleri ortaya çıkarmaya olanak sağlar. İnfertilite ve tedavisine yönelik risk faktörlerini ortaya çıkarmayı hedefleyip, kültürlerarası, epidemiyolojik ve klinik çalışmalar sonucunda infertilite sorunu yaşayan bireylerin hayat kalitesinin belirlenmesinde hassas ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilir (146,147).

FertiQol ölçeği, çekirdek modülü ve tedavi modülü olmak üzere 34 maddeden oluşan 2 modülden, fiziksel sağlık ve genel hayat kalitesi tatminini içeren 2 madde olmak üzere toplam 36 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır (148,149,150) (Ek-3).

Çekirdek modülü*;* 4 alt boyuttan oluşmakta olup her bir alt boyutta altışar soru bulunmaktadır ve toplamda 24 maddeyi içermektedir. Cronbach α değeri 0.92 bulunmuştur.

Akıl-Beden Alt Boyutu; ölçekte S1, S2, S3, S12, S18, S24 sorularına karşılık gelmektedir. Cronbach α değeri 0.84 bulunmuştur. İnfertilitenin fiziksel sağlık, dikkat-konsantrasyon, hayattaki amaçlar ve hedefler ve davranışlar üzerine etkisini gösteren 6 maddeden,

Duygusal Alt Boyut; ölçekte S4, S7, S8, S9, S16, S23 sorularına karşılık gelmektedir. Cronbach α değeri 0.90 bulunmuştur. İnfertilitenin hayat kalitesi üzerine kıskançlık, kızgınlık, acı ve kayıp, ümitsizlik gibi negatif duyguların etkisini gösteren 6 maddeden,

Sosyal Alt Boyut; ölçekte S5, S10, S13, S14, S17, S22 sorularına karşılık gelmektedir. Cronbach α değeri 0.75 bulunmuştur. İnfertilite ile baş etmede arkadaş, sosyal hayat, aile desteği ve sosyal baskı düzeylerinin ne boyutta etkilendiğini gösteren 6 maddeden,

İlişkisel Alt Boyut; ölçekte S6*, S11*, S15*, S19*, S20*, S21* sorularına karşılık gelmektedir. Cronbach α değeri 0.80 bulunmuştur. İnfetilite probleminin eş ilişkisinin üzerine etkisini gösteren 6 maddeden oluşmaktadır.

Tedavi Modülü; 2 alt boyuttan oluşup toplamda 10 madde içermektedir. Cronbach α değeri 0.81 bulunmuştur.

Tedavi Tolerasyonu Alt Boyutu; ölçekte T1, T3, T4, T6 sorularına karşılık gelmektedir. Cronbach α değeri 0.72 bulunmuştur. İnfertilite tedavisinin neticesi olarak zihinsel ve fiziksel belirtilerin/bulguların boyutunu ve günlük hayat kalitesi üzerindeki etkilerini gösteren 4 maddeden,

Tedavi Çevresi Alt Boyutu; ölçekte T2*, T5*, T7, T8, T9, T10 sorularına karşılık gelmektedir. Cronbach α değeri 0.84 bulunmuştur. İnfetilite tedavisinin kalitesinin ve tedaviye erişebilirliğin hayat kalitesini ne ölçüde etkilediğini gösteren 6 maddeden oluşmaktadır.

(Soruların üzerindeki * işareti, bu soruların ters puanlanan sorular olduğunu göstermektedir.)

Ölçekte 5’ li Likert Tipi ölçüm uygulanmaktadır. Her madde 0 ve 4 arasında puan almaktadır. Ölçekten toplam alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 100’ dür. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek çıkarsa, yaşam kalitesinin o derecede yüksek olduğu anlamına gelmektedir (146,147,148,149,150). Çalışmaya tedavinin başlangıcındaki primer infertil kadınlar dahil edildiği için tedavi modülü veri toplama araçlarının dışında tutulmuştur.

3.7.4. Çift Uyum Ölçeği

Evli veya birlikte yaşayan çiftlerin ilişkilerinin niteliğinin nasıl algılandığını, bu çiftlerin problemi olan ve olmayan olarak ayırt edilebilmesi, çiftlerin uyumunu ve çiftler arasındaki uyumun kalitesini değerlendirmek için Spainer tarafından 1976’da geliştirilmiş bir ölçektir. Türk örnekleminde geçerlik güvenilirlik çalışması 2000 yılında Fışıloğlu ve Demir tarafından yapılmış olup Cronbach α değeri 0.92 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach α değeri 0.73 bulunmuştur. Ölçek 32 maddedir ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Hem evli hem de evli olmayan çiftlerde kullanılabilen bir ölçektir. Likert tipte olup puanlaması 29. ve 30. sorularının puanları 0-1 puan, 23. ve 24. sorularının puanları 0-4 puan, 1-22, 25-28 ve 32. sorularının puanları 0-5 puan, 31. sorunun puanı ise 0-6 puan arasında değişmektedir. Ayrıca ölçekte 2 madde evet ya da hayır cevaplı sorular olarak düzenlenmiştir. Ölçek toplam alınan puan üzerinden

değerlendirilir. Ölçeğin toplam puanlaması 0 ile 151 arasında değişmektedir. 1993 yılında Sher ve Baucom' un yaptıkları çalışmada ölçeğin güvenilir değerlendirilmesi açısından kesme noktasının 101 olduğu belirtilmiştir. Alınan puanın yüksek olması, evlilikte uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (151) (Ek-4).

Çift Uyum Ölçeği Alt Boyutları:

Çift Uyumu: Evlilik ilişkisinde önemli konularda anlaşabilme düzeyi, ortak fikirde buluşabilme ile ilgili 13 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 65' tir. Madde numaraları; 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15' tir. Cronbach α değeri 0.75 bulunmuştur.

Çift Doyumu: Eşler arasındaki duyguyu, paylaşımı ve iletişimi sorgulayan 10 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 50' dir. Madde numaraları; 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32' dir. Cronbach α değeri 0.83 bulunmuştur.

Sevgi Gösterme: Eşler arasındaki anlaşmayı, sevgiyi gösterme davranışları ile ilgili 4 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 12' dir. Madde numaraları; 4, 6, 29, 30' dur. Cronbach α değeri 0.80 bulunmuştur.

Çiftlerin Bağlılığı: Eşlerin birlikte geçirdikleri zaman ve paylaşımları ile ilgili 5 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 24' tür. Madde numaraları; 24, 25, 26, 27, 28'dir. Cronbach α değeri 0.75 bulunmuştur (151).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir (207). Analiz sonucunda anlamlılık değeri (p) $p \leq 0,05$ alınmıştır.

Çalışmanın analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma istatistiksel metotları tanımlayıcı olarak yapıldı. Dağılım testi çalışmamızın normal dağılmadığını saptadı. Normal dağılım olmaması nedeniyle Kruskal-Wallis Test ve Mann-Whitney U-Test uygulandı. Niceliksel veriler karşılaştırılırken iki grup olması durumunda Mann-Whitney U, ikiden fazla grup olması durumunda Kruskal-Wallis Testi uygulandı. İki niceliksel verinin karşılaştırılması durumunda Spearman's Korelasyon testleri uygulanmıştır (Tablo-1).

Tablo 1. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Tanıtıcı Bilgiler / Sosyodemografik Özellikler	Yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum
Dağılım belirlemek için	Shapiro-Wilk testi yapıldı ve non-parametrik dağılım gösterdiği belirlendi
Tanıtıcı özelliklerde 2'li değişkenlerde ölçek puanlarının dağılımının incelenmesinde	Mann Whitney U Testi
Tanıtıcı özelliklerde 3'lü değişkenlerde ölçek puanlarının dağılımının incelenmesinde	Kruskal Wallis Testi
Ölçek puanlarının korelasyonlarının analizinde	Spearman's Korelasyon Testi

4. BULGULAR

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (n=215)

		Min-Max	$\overline{X}$ **± SD (medyan)**
Yaş (yıl)		19-44	29,66±6,16 (29,00)
Evlilik Yaşı (yıl)		14-43	24,59±5,93 (24,00)
Evlilik Süresi (yıl)		1-22	5,01±4,01 (4,00)
		n	**%**
Eğitim düzeyi	**Okur-yazar değil**	5	2,3
	Okur-yazar	5	2,3
	İlkokul	39	18,2
	Ortaokul	46	21,4
	Lise	71	33,0
	Lisans ve üzeri	49	22,8
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	41	19,1
	Çalışmıyor	174	80,9
Gelir düzeyi	**Gelir gidere eşit**	105	48,8
	Gelir giderden az	83	38,6
	Gelir giderden fazla	27	12,6
Eş eğitim düzeyi	**Okur-yazar değil**	3	1,4
	Okur-yazar	6	2,8
	İlkokul	34	15,8
	Ortaokul	44	20,5
	Lise	79	36,7
	Lisans ve üzeri	49	22,8
Sosyal güvence varlığı	**Var**	188	87,4
	Yok	27	12,6
Aile tipi	**Çekirdek aile**	179	83,3
	Geniş aile	36	16,7
Eşin çalışma durumu	**Çalışıyor**	207	96,3
	Çalışmıyor	8	3,7
Evlilik şekli	**İsteyerek**	159	74,0
	İstemeden	56	26,0
Toplam		215	100

Frekans Test

Katılımcıların yaş ortalaması 29,66±6,16, evlilik yaşları ise ortalama 24,59±5,93'tür. Evlilik süreleri 1-22 yıl arasında değişmekte olup ortalama 5,01±4,01 yıldır. Katılımcıların %55,8'inin (n=120), eşlerinin %59,5'inin (n=128) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %80,9'unun (n=174) çalıştığı, %48,8'inin (n=105) gelirini gidere eş olarak ifade ettiği, %83,3'ünün (n=179) çekirdek aileye sahip olduğu ve %74'ünün (n=159) isteyerek evlendiği görülmüştür (Tablo-2).

Tablo 3. Katılımcıların infertilite süresi ve nedenine ilişkin bulgular (n=215)

		n	**%**
İnfertilite süresi	**1-2 yıl**	83	38,6
	3-6 yıl	90	41,9
	7-10 yıl	18	8,4
	11 yıl ve üzeri	24	11,2
İnfertilite nedeni	**Kadına ait nedenler**	61	28,4
	Erkeğe ait nedenler	37	17,2
	Her iki eşe ait nedenler	46	21,4
	Açıklanamayan nedenler	71	33
Toplam		215	100

Frekans Test

Katılımcıların %38,6' sının infertilite süresinin 1-2 yıl, % 41,9' unun 3-6 yıl, %8,4' ünün 7-10 yıl, %11,2' sinin 11 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. %28,4' ünün kadına ait, %17,2' sinin erkeğe ait, %21,4' ünün her iki eşe ait, %33' ünün açıklanamayan nedenlerden kaynaklı infertilite problemi olduğu belirlenmiştir (Tablo-3).

Tablo 4. Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular (n=215)

	$\overline{X}$ ± SD	Min-Max
Aile içi şiddet	13.73±6.05	11 – 54
Sosyal baskı	9.10±3.73	7 - 32
Cezalandırma	8.86±4.52	6 - 29
Geleneksel uygulamalara maruz kalma	7.89±4.01	4 - 20
Dışlanma	4.04±2.06	3 - 13
Toplam	43.66±17.95	31 - 143

Frekans Test

Tablo 4' te katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcıların toplam puan ortalaması 43.66±17.95' dir. Katılımcıların aile içi şiddet alt boyut puanının (13.73±6.05) en yüksek, dışlanma alt boyut puanının (4.04±2.06) en düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular (n=215)

Sosyo-demografik özellikler		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği					
		Aile içi şiddet	**Sosyal baskı**	**Cezalandırma**	**Geleneksel uygulamalara maruz kalma**	**Dışlanma**	**Toplam**
		$\overline{X}$ ± **SD**	$\overline{X}$ ± **SD**	$\overline{X}$ ± **SD**	$\overline{X}$ ± **SD**	$\overline{X}$ ± **SD**	$\overline{X}$ ± **SD**
Eğitim düzeyi	**Okur-yazar değil**	11,80 ±0,837	7,60±0,894	6,60±0,894	6,20±3,194	3±0	35,20±4,764
	Okur-yazar	11,80±1,789	7,80±1,095	6,20±0,447	6,80±3,271	3,40±0,894	36±3,317
	İlkokul	14,79±6,461	9,31±4,111	8,51±4,328	7,87±4,118	4,23±2,206	44,72±19,278
	Ortaokul	13,37±4,239	8,67±2,291	9,53±5,070	7,20±3,474	3,85±1,633	42,80±14,327
	Lise	14,34±7,852	9,80±4,857	8,87±4,837	8,45±4,384	4,31±2,539	45,77±22,217
	Lisans ve üzeri	12,73±4,452	8,59±2,761	8,98±4,054	8,02±3,976	3,86±1,658	42,18±14,184
	χ^2	0,883	1,115	0,844	0,812	0,815	0,710
	p	0,344	0,357	0,274	0,640	0,626	0,768
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	12,73±3,886	8,51±2,531	7,76±3,137	6,93±3,416	3,61±1,358	39,54±11,758
	Çalışmıyor	13,97±6,445	9,24±3,956	9,12±4,765	8,11±4,114	4,14±2,184	44,64±19,025
	Z	-0,950	-1,015	-1,608	-1,506	-1,452	-1,391
	p	0,116	0,265	**0,028**	0,059	**0,050**	**0,032**
Gelir düzeyi	**Gelir gidere eşit**	13,80±6,945	9,22±4,315	9,03±5,143	7,61±4,077	4,17±2,424	43,92±20,923
	Gelir giderden az	13,54±3,986	8,76±2,004	8,57±3,555	8,36±3,931	3,92±1,516	43,14±11,909
	Gelir giderden fazla	14,04±7,633	9,67±5,174	9,07±4,755	7,52±3,994	3,93±2,018	44,22±21,384
	χ^2	0,081	0,709	0,276	0,946	0,404	0,058
	p	0,209	0,556	0,927	0,232	0,624	0,191

Tablo 5 (devamı)

Eş eğitim düzeyi	**Okur-yazar değil**	11,67±1,155	7±0	9,67±6,351	9±4,359	3,33±0,577	40,67±10,599
	Okur-yazar	14,67±3,830	9,67±1,211	8,83±2,994	11,17±4,875	4,33±3,266	48,67±12,127
	İlkokul	15,68±7,289	10,03±5,126	9,26±4,950	8,53±4,433	4,62±2,674	48,12±22,249
	Ortaokul	13,34±4,340	8,66±2,770	9,33±5,272	7,05±3,557	3,98±1,935	42,53±15,844
	Lise	14,19±7,538	9,67±4,340	9,18±4,803	8,56±4,221	4,19±2,094	45,78±20,562
	Lisans ve üzeri	12±3,069	7,98±1,865	7,59±2,723	6,65±3,159	3,47±1,324	37,69±10,025
	χ^2	1,761	2,065	1,012	2,903	1,489	1,906
	p	**0,015**	**0,002**	0,750	**0,038**	0,150	0,054
Sosyal güvence varlığı	**Var**	13,66±6,219	9,09±3,877	8,76±4,536	7,72±3,928	3,90±1,917	43,18±18,230
	Yok	14,22±4,807	9,19±2,558	9,52±4,475	9,04±4,450	5,04±2,710	47±15,799
	Z	-1,028	-1,211	-0,868	-1,547	-2,572	-1,912
	p	0,653	0,897	0,416	0,112	**0,044**	0,302
Aile tipi	**Çekirdek aile**	13,83±6,338	9,14±3,907	8,93±4,570	7,99±4,050	4,04±2,047	43,99±18,464
	Geniş aile	13,25±4,410	8,89±2,734	8,50±4,339	7,36±3,818	4,03±2,158	42,03±15,296
	Z	-0,260	-0,163	-0,924	-0,677	-0,616	-0,537
	p	0,603	0,714	0,607	0,389	0,964	0,551
Eşin çalışma durumu	**Çalışıyor**	13,64±6,061	9,04±3,732	8,81±4,553	7,77±4,003	4,02±2,083	43,33±18,094
	Çalışmıyor	16±5,732	10,50±3,703	10±3,780	11±2,928	4,63±1,302	52,13±11,569
	Z	-2,073	-1,619	-1,123	-2,468	-2,348	-2,710
	p	0,281	0,280	0,467	**0,025**	0,416	0,175
Evlilik şekli	**İsteyerek**	27,82±11,466	18,66±7,768	17,85±9,095	16,07±8,114	8,12±4,164	88,75±35,726
	İstemeden	32±29,698	17±14,142	16,50±14,849	12±11,314	8±7,071	85,50±77,075
	Z	-1,870	-1,892	-0,816	-1,026	-0,139	-1,209
	p	0,130	0,146	0,612	0,543	0,629	0,409

Mann- Whitney U Test
Kruskal Wallis Test

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırıldığında, katılımcıların eğitim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi ve evlilik şekline göre istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü (p>0,05). Katılımcıların çalışma durumuna göre cezalandırma, dışlanma, toplam alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (p≤0,05). Çalışmayan kadınların daha fazla cezalandırıldığı ve dışlandığı görülmüştür. Eş eğitim düzeyine göre aile içi şiddet, sosyal baskı ve geleneksel uygulamalara maruz kalma alt boyutları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p≤0,05). Eş eğitim düzeyi düştükçe aile şiddet, sosyal baskı ve geleneksel uygulamalara maruz kalmanın artmakta olduğu görülmüştür. Sosyal güvence varlığına göre dışlanma alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (p≤0,05). Sosyal güvencesi olmayanların daha fazla dışlandığı tespit edilmiştir. Eşin çalışma durumuna göre geleneksel uygulamalara maruz kalma alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (p≤0,05). Eşi çalışmayan katılımcıların geleneksel uygulamalara daha fazla maruz kaldığı tespit edilmiştir (Tablo-5).

Tablo 6. Katılımcıların doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular (n=215)

	$\overline{X}$ ± SD	Min-Max
Zihin/beden	66,98 ± 25,97	0 - 100
Duygusal	54,75 ± 23,24	0 - 100
Sosyal	71,07 ± 21,08	13 - 100
İlişkisel	77,62 ± 19,50	8 - 100
Toplam	70,41 ± 20,33	17 - 100

Tablo 6'da katılımcıların doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcıların toplam puan ortalaması 70,41 ± 20,33' dur. Katılımcıların ilişkisel alt boyut puanının (77,62 ± 19,50) en yüksek, duygusal alt boyut puanının (54,75 ± 23,24) en düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular (n=215)

Sosyo-demografik özellikler		FertiQol			
		Zihin/Beden	**Duygusal**	**İlişkisel**	**Sosyal**
		$\overline{X}$ ± SD	$\overline{X}$ ± SD	$\overline{X}$ ± SD	$\overline{X}$ ± SD
Eğitim düzeyi	**Okur-yazar değil**	80±11,562	73,33±17,331	97,50±3,727	85,83±12,707
	Okur-yazar	65±24,756	56,67±17,824	75,83±10,785	65±15,478
	İlkokul	66,35±26,359	57,16±20,118	73,93±22,392	72,33±21,492
	Ortaokul	66,03±24,938	50,82±23,101	77,81±16,552	71,74±21,044
	Lise	62,97±29,290	51,47±24,832	75,82±19,953	66,67±21,753
	Lisans ve üzeri	73,04±21,951	59,18±23,339	81,12±19,508	74,91±20,118
	χ^2	1,150	1,659	1,797	1,577
	p	0,596	0,167	**0,033**	0,147
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	68,70±25,518	57,22±22,068	79,27±19,510	73,78±22,013
	Çalışmıyor	66,57±26,142	54,17±25,532	77,23±19,536	70,43±20,868
	Z	-0,550	-0,594	-0,737	-1,010
	p	0,638	0,451	0,549	0,379
Gelir düzeyi	**Gelir gidere eşit**	69,96±25,935	56,98±22,037	77,42±19,821	72,62±21,047
	Gelir giderden az	62,65±26,292	51,10±23,972	76,26±19,169	69,58±21,432
	Gelir giderden fazla	68,67±24,196	57,25±24,936	82,56±19,200	69,60±20,439
	χ^2	1,917	1,673	1,076	0,555
	p	0,112	0,142	0,197	0,497

Tablo 7 (devamı)

Eş eğitim düzeyi	**Okur-yazar değil**	59,72±10,486	52,78±13,394	87,50±18,162	61,11±16,839
	Okur-yazar	60,42±20,370	56,25±20,026	79,86±18,336	63,19±21,314
	İlkokul	60,29±26,910	53,19±22,121	71,81±23,594	68,63±21,128
	Ortaokul	68,28±25,892	54,17±23,536	77,65±17,952	70,45±22,081
	Lise	63,87±27,980	50,53±24,106	75,79±19,487	68,04±22,216
	Lisans ve üzeri	76,70±20,884	63,10±21,883	83,67±16,879	79,76±16,294
	χ^2	2,259	1,868	1,895	2,476
	p	**0,048**	0,078	0,099	**0,034**
Sosyal güvence varlığı	**Var**	66,89±26,626	54,99±23,781	77,90±19,275	71,19±21,508
	Yok	67,59±21,319	53,09±19,358	75,62±21,299	70,22±18,151
	Z	-0,462	-0,653	-0,409	-0,481
	p	0,878	0,646	0,601	0,823
Aile tipi	**Çekirdek aile**	66,64±25,725	54,42±23,346	77,21±19,749	70,55±21,074
	Geniş aile	68,63±27,521	56,37±22,962	79,63±18,387	73,61±21,223
	Z	-0,562	-0,579	-0,628	-0,851
	p	0,676	0,646	0,480	0,428
Eşin çalışma durumu	**Çalışıyor**	67,25±26,119	55,17±23,181	77,56±19,675	71,10±21,051
	Çalışmıyor	59,90±22,265	43,75±23,570	79,17±15,269	70,31±23,299
	Z	-1,056	-1,436	-0,070	-0,096
	p	0,433	0,173	0,780	0,918
Evlilik şekli	**İsteyerek**	128,64±51,632	105,37±45,564	152,04±39,432	136,84±40,569
	İstemeden	56,25±44,194	56,25±20,624	56,25±44,194	58,33±29,463
	Z	-2,782	-2,461	-2,280	-3,648
	p	**0,020**	**0,047**	**0,050**	**0,001**

Mann- Whitney U Test
Kruskal Wallis Test

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Doğurganlık Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırıldığında, katılımcıların çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, aile tipi ve eşin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü (p>0,05). Katılımcıların eğitim düzeyine göre ilişkisel alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (p≤0,05). Eğitim düzeyi düştükçe, infertilite probleminin eşler arasındaki ilişkiyi etkilediği görülmüştür. Eş eğitim düzeyine göre zihin/beden ve sosyal alt boyutları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p≤0,05). Eş eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların dikkat ve konsantrasyonlarının, hayattaki amaç ve hedeflerinin, infertilite sorunu ile baş etmede aile, arkadaş ve sosyal baskı düzeylerinin etkilendiği görülmüştür. Evlilik şekline göre ölçeğin zihin/beden, duygusal, ilişkisel ve sosyal alt boyutları arasında anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (p≤0,05). İsteyerek evlenen katılımcıların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo-7).

Tablo 8. Katılımcıların çift uyumu ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular (n=215)

	$\overline{X}$ ± SD	Min-Max
Çift Uyumu	9,37 ± 11,18	0 - 56
Çift Doyumu	26,43 ± 4,43	11 - 39
Sevgi Gösterme	2,71 ± 1,83	0 - 12
Çiftlerin Bağlılığı	14,21 ± 4,39	0 - 23
Toplam	52,71 ± 12,49	28 - 102

Frekans Testi

Katılımcıların çift uyumu ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 7'de verilmiştir. Katılımcıların toplam puan ortalaması 52,71 ± 12,49' dur. Ölçeğin kesme noktası 101 olup, katılımcıların çift uyumlarının düşük olduğu görülmüştür. Çift uyumu alt boyutu puan ortalaması 9,37 ± 11,18, çift doyumu alt boyutu puan ortalaması 26,43 ± 4,43, sevgi gösterme alt boyutu puan ortalaması 2,71 ± 1,83 çiftlerin bağlılığı alt boyutu puan ortalaması 14,21 ± 4,39 olarak belirlenmiştir (Tablo-8).

Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre çift uyumu ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular (n=215)

Sosyo-demografik özellikler		Çift Uyum Ölçeği				
		Çift uyumu	**Çift doyumu**	**Sevgi gösterme**	**Çiftlerin bağlılığı**	**Toplam**
		$\overline{X}$ ± SD	$\overline{X}$ ± SD	$\overline{X}$ ± SD	$\overline{X}$ ± SD	$\overline{X}$ ± SD
Eğitim düzeyi	**Okur-yazar değil**	1,20±2,683	27,80±2,950	1,60±0,894	13±5,431	43,60±4,722
	Okur-yazar	9±11,489	28,80±3,962	3,20±2,775	15,20±2,588	56,20±18,417
	İlkokul	11,32±10,411	25,85±5,107	2,79±2,028	12,56±4,430	52,42±11,545
	Ortaokul	9,70±9,935	26,13±4,593	2,46±1,456	14,48±3,822	52,76±11,883
	Lise	9,14±12,428	26,37±4,004	2,79±1,985	14,42±4,762	52,72±13,445
	Lisans ve üzeri	8,76±11,470	26,88±4,521	2,84±1,772	15±4,198	53,47±12,391
	χ^2	0,804	0,656	0,694	1,627	0,644
	p	0,099	0,492	0,675	0,142	0,372
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	8,29±10,826	26,85±4,927	2,59±1,703	15,17±4,335	52,90±12,310
	Çalışmıyor	9,62±11,282	26,33±4,318	2,74±1,874	13,99±4,393	52,67±12,575
	Z	-0,662	-1,167	-0,543	-1,706	-0,383
	p	0,485	0,532	0,607	0,122	0,914
Gelir düzeyi	**Gelir gidere eşit**	8,52±11,121	26,59±3,990	2,81±1,776	14,10±4,171	52,02±12,287
	Gelir giderden az	10,30±11,153	26,16±4,984	2,69±2,030	14,24±4,557	53,39±13,243
	Gelir giderden fazla	9,81±11,710	26,63±4,404	2,41±1,448	14,59±4,877	53,38±11,103
	χ^2	0,606	0,252	0,523	0,139	0,318
	p	0,405	0,960	0,531	0,619	0,557

Tablo 9 (devamı)

Eş eğitim düzeyi	**Okur-yazar değil**	0,67±1,155	25,67±2,082	1,33±1,155	14,33±4,726	42±4,583
	Okur-yazar	7,67±8,779	26,50±2,074	2,50±0,837	14,67±3,011	51,33±7,891
	İlkokul	11,67±11,224	26,56±4,514	2,41±2,047	12,26±4,399	52,79±10,410
	Ortaokul	10,73±10,178	26,07±5,258	2,82±1,808	14±4,012	53,61±12,206
	Lise	10,39±13,144	26,06±4,357	2,87±1,931	14,33±4,299	53,66±15,602
	Lisans ve üzeri	5,69±7,969	27,29±4,031	2,67±1,688	15,51±4,695	51,16±8,503
	χ^2	2,039	0,550	0,684	2,302	0,738
	p	**0,013**	0,380	0,390	0,200	0,527
Sosyal güvence varlığı	**Var**	9,24±11,296	26,28±4,358	2,71±1,796	14,25±4,355	52,47±12,296
	Yok	10,26±10,534	27,44±4,894	2,74±2,159	13,96±4,751	54,41±13,940
	Z	-0,599	-0,866	-0,002	-0,455	-0,687
	p	0,659	0,203	0,940	0,752	0,499
Aile tipi	**Çekirdek aile**	9,21±11,196	26,55±4,506	2,80±1,900	14,26±4,420	52,81±12,557
	Geniş aile	10,14±11,251	25,83±4,060	2,28±1,446	14±4,329	52,25±12,360
	Z	-0,610	-1,304	-1,077	-0,590	-0,259
	p	0,652	0,379	0,067	0,750	0,807
Eşin çalışma durumu	**Çalışıyor**	9,44±11,336	26,42±4,492	2,73±1,854	14,14±4,442	52,72±12,656
	Çalışmıyor	7,50±6,211	26,75±2,659	2,13±1,356	16,13±2,416	52,50±7,801
	Z	-0,141	-0,114	-0,896	-1,237	-0,310
	p	0,427	0,744	0,254	0,057	0,940
Evlilik şekli	**İsteyerek**	18,21±22,095	52,71±9,434	5,43±3,967	27,84±8,907	104,19±25,632
	İstemeden	29±38,184	29,50±2,121	4,50±4,950	8,50±2,121	71,50±38,891
	Z	-0,945	-0,127	-0,759	-1,835	-2,082
	p	0,449	0,470	0,731	**0,035**	0,112

Mann- Whitney U Test
Kruskal Wallis Test

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Çift Uyum Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırıldığında, katılımcıların eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, aile tipi ve eşin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$). Eş eğitim düzeyine göre çift uyumu alt boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p\leq0,05$). Eş eğitim düzeyinin eşler arasındaki ortak fikir ve önemli konularda anlaşma konusunda etkisi olduğu tespit edilmiştir. Evlilik şekline göre çiftlerin bağlılığı alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p\leq0,05$). İsteyerek evlenenlerin eşleriyle daha çok birlikte zaman geçirdikleri ve paylaşımda bulundukları tespit edildi (Tablo-9).

Tablo 10. Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular (n=215)

İNFERTİL KADINLARDA MARUZ KALINAN ŞİDDETİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ	DOĞURGANLIK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ									
	ZİHİN/BEDEN		DUYGUSAL		SOSYAL		İLİŞKİSEL		TOPLAM	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Aile içi şiddet	-0,440	<0,001	-0,416	<0,001	-0,508	<0,001	-0,437	<0,001		
Sosyal baskı	-0,470	<0,001	-0,455	<0,001	-0,520	<0,001	-0,439	<0,001		
Cezalandırma	-0,452	<0,001	-0,436	<0,001	-0,537	<0,001	-0,433	<0,001		
Geleneksel uygulamalara maruz kalma	-0,484	<0,001	-0,476	<0,001	-0,497	<0,001	-0,305	<0,001		
Dışlanma	-0,426	<0,001	-0,380	<0,001	-0,423	<0,001	-0,377	<0,001		
TOPLAM									-0,573	<0,001

Spearman's Korelasyon

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma alt boyutları ile FertiQol Ölçeği zihin/beden, duygusal, sosyal ve ilişkisel alt boyutları karşılaştırıldığında aralarında negatif yönlü orta güçte istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlendi. İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddetin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edildi (Tablo-10).

Tablo 11. Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile çift uyum ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

İNFERTİL KADINLARDA MARUZ KALINAN ŞİDDETİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ	ÇUÖ	
	r	**p**
	0,238	<0,001

Spearman's Korelasyon

Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile çift uyum ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik korelasyonu yapıldığında; infertil kadınların şiddet görme ile çift uyumları arasında pozitif yönde, zayıf güçte ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu görüldü (p<0,001) (Tablo 11).

Tablo 12. Katılımcıların infertilite süresi ve nedenine göre infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular (n=215)

		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği					
infertilite Süresi ve Nedeni		**Aile içi şiddet**	**Sosyal baskı**	**Cezalandırma**	**Geleneksel uygulamalara maruz kalma**	**Dışlanma**	**Toplam**
		$\overline{X}$ **± SD**	$\overline{X}$ **± SD**	$\overline{X}$ **± SD**	$\overline{X}$ **± SD**	$\overline{X}$ **± SD**	$\overline{X}$ **± SD**
İnfertilite Süresi	**1-2 yıl**	12,86±5,273	8,48±2,782	7,83±3,396	7,63±4,341	3,71±1,791	40,51±14,893
	3-6 yıl	14,02±6,575	9,46±4,128	9,22±4,709	7,87±3,730	4,22±2,242	44,79±19,462
	7-10 yıl	15,17±5,371	10,11±4,057	12,61±6,801	9,44±3,451	4,89±2,471	52,22±18,748
	11 yıl ve üzeri	14,58±6,903	9,13±4,609	8,13±3,567	7,71±4,196	3,38±1,727	43,42±19,393
	χ^2	5,809	9,090	15,274	5,798	8,419	11,264
	p	0,121	**0,028**	**0,002**	0,122	**0,038**	**0,010**
İnfertilite Nedeni	**Kadına ait**	13,41±6,200	8,85±3,250	8,75±4,945	7,28±4,168	3,90±2,103	42,20±18,587
	Erkeğe ait	13,57±5,284	9,11±3,650	8,89±4,175	8,81±4,149	4,22±2,213	44,59±15,584
	Her iki eşe ait	13,98±7,203	9,22±4,555	9,04±4,899	8,28±4,119	4,09±2,189	44,61±20,450
	Açıklanamayan	13,93±5,581	9,23±3,642	8,77±4,117	7,68±3,687	4,04±1,886	43,65±17,025
	χ^2	1,626	1,516	1,459	4,815	2,364	3,814
	p	0,653	0,679	0,692	0,186	0,500	0,282

Kruskal Wallis Test

Katılımcıların infertilite süresi ve nedenine göre infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği karşılaştırıldığında; infertilite süresi ile sosyal baskı, cezalandırma, dışlanma ve toplam alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p≤0,05). İnfertilite süresinin artması ile kadınların; sosyal baskıya, cezalandırmaya, dışlanmaya maruz kaldığı tespit edildi. İnfertilite nedenine göre infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05) (Tablo-12).

5. TARTIŞMA

Araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmada katılımcıların İKMKŞBÖ toplam puanları ortalama 43.66±17.952 (31 – 143) olarak bulunmuştur. Öztürk ve diğ' nin (2017) infertilite tedavisi gören kadınlarda şiddetin yaygınlığını ve infertilitenin şiddete etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları 301 infertil kadın katılımcıyı içeren çalışmalarında ölçek puan ortalaması 38,74±11,49 olarak belirlenmiştir (142). Kahyaoğlu ve diğ' nin (2017) infertil kadınlarda maruz kalınan şiddetin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalamasını 40,5±9,9 olarak belirlemişlerdir (143).

Yapılan çalışmalarda infertilitenin aile içi şiddeti artıran ya da şiddete neden olan bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bir çalışmada şiddete maruz kalan kadınların %20' sinin, diğerinde %41,6' sının, bir diğerinde %7' sinin infertilite nedeniyle şiddete maruz kaldığını, infertilitenin şiddeti artıran bir faktör olarak ifade edildiğini belirtmiştir (142,183,184,185). Yapılan çalışmalar kadın faktörlü infertilitenin daha yaygın olduğunu, infertilite tedavisi gören kadınların, şiddetin bir çeşidine maruz kaldıklarını ve sosyal baskı gördüklerini saptamışlardır (191,196,197,200,201,202).

Yıldızhan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların %33,6' sının infertilite sebebiyle aile içi şiddete maruz kaldığını ve bu kadınların %78' inin kadın faktörlü infertilite sorunu yaşadığı tespit edilmiştir (141).

Çalışma sonuçlarımız yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte olup, infertil kadınların şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

Çalışmamızda kadının eğitim düzeyine göre şiddet ölçeğinde anlamlı farklılık gözlenmezken, eş eğitim düzeyine göre aile içi şiddet alt boyutu, sosyal baskı alt boyutu, geleneksel uygulamalara maruz kalma alt boyutu ve toplam puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Erkek eğitim seviyesi yükseldikçe şiddetin azaldığını belirleyen çalışmalar, eş eğitim seviyesinin düşmesiyle kadına yönelik şiddetin arttığını ifade etmektelerdir (133,135,178,179). Eş eğitim düzeyi

düştükçe; aile içi şiddet, sosyal baskıya ve geleneksel uygulamalara maruz kalma artmaktadır.

Literatürde kadının eğitim seviyesinin düşük olması şiddete maruziyeti artırıcı olasılık gösterdiği belirtilmektedir (132,140,142,186,187). Kadınların eğitim seviyelerinin düşük olma durumu ile şiddet arasındaki ilişkinin, kadınların sosyal ve ekonomik anlamda eşlerine bağlı olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürden farklı olarak çalışmamızda kadının eğitim seviyesi ile şiddet arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Eşlerin eğitim düzeyi arttıkça maruz kalınan şiddet azalmaktadır. Çalışmamızı destekler nitelikte kadınların eğitim durumu ile şiddet arasında anlamlı bir ilişkinin mevcut olmadığını belirten çalışmalar da vardır (128,178,180) Buna karşılık kadının eğitim seviyesinin yükselmesiyle aile içi şiddetin düşmesi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten çalışmalar literatürde mevcuttur (133,135). Yapılan bir araştırmada aile tipi ile eş şiddeti arasında anlamlı farklılık saptanırken (181), benzer şekilde aile tipinin, evlilik şeklinin, gelir düzeyinin, kırsal alanda yaşamanın şiddet üzerinde etkisi olduğunu bildiren çalışmalar literatürde mevcutken, bizim çalışmamızda evlilik şekli, gelir düzeyi, aile tipine göre şiddete maruz kalma açısından anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (188,189,190).

Çalışmamızda infertilite nedeninin şiddet üzerinde etkisi olmadığı görüldü. Bir çalışmada, üreme disfonksiyonu yaşayan eşin infertiliteden etkilenmesi ile üreme disfonksiyonu yaşamayan eşin infertiliteden etkilenmesinin arasında cinsel baskı anlamında farklılık olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (192,193). Buna karşılık yapılan bir çalışmada infertilite nedeninin kadına ait olmasının şiddete maruz kalmada risk faktörü olduğu saptanmıştır (194). Çalışmamızda infertilite süresinin uzaması, İKMKŞBÖ toplam ve sosyal baskı, cezalandırma, dışlanma alt boyutları ile aralarında anlamlı farklılık görülmüş, sonucunda kadınların, sosyal baskıya, cezalandırılmaya, dışlanmaya maruz kaldığı tespit edilmiştir. İnfertilite süresine göre şiddete maruz kalma arasında çalışmamızda anlamlı farklılık görülürken, şiddet ile evlilik uyumu negatif yönde etkilenmemektedir. Destekleyici olabileceğini düşündüğümüz bir çalışmada infertilite süresi ve tedavisinin uzaması ile evlilik memnuniyetinin düşük olmasının tersini işaret eden çalışmalar da literatürde mevcuttur (195).

Kadına yönelik şiddet her geçen gün dünyada artarken, infertil kadınlara temas eden sağlık profesyonelleri bütünsel sağlık açısından kadınları takip etmeli, eşle birlikte

tedaviye katılım desteklenip şiddet, çift uyumu, yaşam kalitesi açısından gerekli ve yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. Genel anlamda çalışmamıza ve literatürdeki araştırmalara baktığımızda infertilite hem kadınları hem erkekleri multifaktöriyel yıpratıcı etkilere sahip olup, özellikle kadınların şiddete maruz kalmasına, evlilik uyumlarının zedelenmesine, yaşam kalitelerinin düşmesine sebebiyet vermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların FertiQol toplam puan ortalaması 70,41 ± 20,33' dur. FertiQol ölçeğinden alınan toplam puanlar Çavdar ve ark. (2017) çalışmasında 73,06±6,08, Çetinbaş ve ark. (2014) çalışmasında 71,1±13, Hsu ve ark. (2013) çalışmasında 55,12±13,72 olarak belirtilmiştir (148,198,199).

Çalışmamızda yaşam kalitesinin alt boyut ölçek puanlamasına baktığımızda ilişkisel alt boyutun en yüksek, duygusal alt boyutun en düşük olduğu saptanmıştır. Aarts ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş ve FertiQol' ün klinik uygulamalarda kullanımının en büyük avantajının infertilitenin gerçek anlamda etkilerinin kesin olarak değerlendirdiğini belirtmişlerdir. Benzer nitelikte, yapılan çalışmalarda ilişkisel alt boyut puanları yüksek, duygusal alt boyut puanları düşük seviyede bulunmuştur (203,204). Kavlak' ın çalışmasında çalışma, sosyal güvence, gelir düzeyi ve infertilite süresinin yaşam kalitesini etkilediği yönünde sonuçlara rastlanırken, bizim çalışmamızda bu durumlara göre yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır (5).

Yapılan araştırmalar neticesinde infertil kadınların infertil erkeklere göre yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği bildirilmektedir (94,98,165,171-175). YÜT' e başvuran fertil ve infertil grupların karşılaştırıldığı bir çalışmada yaşam kalitesiyle ilgili anlamlı fark gözlenmemiştir fakat infertilite süresi ile tedavinin başarısız olması yaşam kalitesini de düşürmektedir (176). Yapılan araştırmaların birçoğunda primer infertil kadınların sekonder infertil kadınlara göre daha yüksek oranda tedaviye başvurduğu ve daha çok mental sorun yaşadıkları saptanmıştır (35). İdiyopatik infertil grupla nedeni bilinen infertil gruplar kıyaslandığında; idiyopatik infertil kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanırken evlilik uyumu açısından diğer gruba göre daha yüksek anlamlı farka sahip olduğu tespit edilmiştir (177). İnfertil bireyler sosyal çevrelerinde çocukla ilgili sorulara çok sık maruz kalmaktadırlar. Bu durum onları izole olma, kaçınma, infertil olduklarını saklama eğilimine sokmaktadır. Yapılan bir çalışmada infertil çiftlerin yaklaşık yüzde otuzunun infertilite problemini söylemekten kaçınıp,

sakladığını, fertil arkadaşlarına karşı öfke duyduğunu ve arkadaş çevrelerinden uzaklaştıklarını ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, infertil çiftlerin hayatı daha az ilginç, anlamsız ve daha az keyifli bulduğunu, kendilerini yalnız hissettiklerini ve hayattan daha az memnun olduklarını belirlemiştir. Bu durumdan en çok kendini sorumlu hissettiği için, kariyerinden, rutin aktivitelerinden, işinden ayrılıp vazgeçen kadınların etkilendiği ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür (205).

Çalışmamızda katılımcıların Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması 52,71 ± 12,49' dur. Ölçeğin kesme noktası 101 olup, katılımcıların çift uyumlarının düşük olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalarda infertil kadınlar fertil kadınlara göre daha yüksek evlilik uyumu düzeyine sahiptir (153-156). Buna karşılık başka bir çalışmada fertil ve infertil gruplar kıyaslandığında evlilik uyumu açısından aralarından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (157). Hortaçsu (2007) araştırmasında görücü usulü evlenenlerin isteyerek evlenenlere göre daha çok anlaşmazlığa düştüklerini belirtirken, Polat (2006) araştırmasında iki grup arasında çift uyumu açısından anlamlı bir fark tespit edememiştir (137,138). Yapılan çalışmalarda, kadınların çalışma durumunun ve gelir düzeyinin yüksek bulunmasıyla, infertilite süresinin ve tedavisinin uzun olması, birlikte verilen kararlar ve eşlerin duygu durumlarını paylaşmasıyla evlilik uyumunun arttığı, depresif reaksiyonların ve streslerin azaldığı bulunurken, bizim çalışmamızda çalışma durumu ve gelir düzeyi ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (144). Bizim çalışmamızda evlilik şekli ile çift uyum ölçeğinin toplam alt boyut ortalamasında anlamlı fark bulunmazken çiftlerin bağlılığı açısından anlamlı bir farlılık saptanmıştır. İnfertilite tedavisinde yaşanılan olumsuz duygu durumlarının eşleri birbirine yakınlaştırdığı, aralarındaki uyumu artırdığı ve evlilik ilişkisini pozitif yönde etkilediği bildirilmiştir (158,159).

Kontrol grup ve infertil grup çiftleri kapsayan bir çalışmada ölçeklerin ortalama puanları incelendiğinde kadınlarda ve erkeklerde depresif belirtiler ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunurken, evlilik uyumu açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Benzer çalışmada infertil kadınlar ile kontrol grubu arasında mental sorun farklılığına rastlanmazken, başka bir çalışmada infertil kadınların kontrol gruptakilere nazaran daha çok sorun yaşadıkları saptanmıştır (160-163). Çiftlerin dahil olduğu bir çalışmada kadınlar erkeklere göre daha az yaşam memnuniyetine sahipken, eşlerinin tedavi sürecine katılmaları kadınların evlilik uyum düzeyini artırmakta olduğu saptanmıştır

(164). Bir çalışmada çift uyum ölçeğinde kontrol ve infertil grubundaki erkeklerin aldığı puanların kadınlardan daha yüksek bulunduğu aynı zamanda infertil erkeklerin aldığı puanın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu dolayısıyla erkeklerin evlilik uyumunun kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (165,166). Buna karşılık başka bir çalışmada evlilik uyumu üzerine yorum yapmanın güç olduğunu, bu durumun yaşa, çocuk varlığına ve sayısına, evlenme şekline ve süresine göre değişkenlik göstereceği hatta azalabileceğini bildirmektedir (167). Yine Tüzer'in (2010) yaptığı bir araştırmada infertilite süresinin erkek faktörlü infertilitede evlilik uyumunu etkilediği bildirilmiştir (152). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkilerinin olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (139). Yapılan çalışmalarda infertilitenin cinsel yaşamı ve çift ilişkisini bozan etkilerinin olduğu ifade edilmesine karşın, eş ile olan ilişki memnuniyeti ve seksüel aktiviteler açısından anlamlı farklılık saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (168-170,206). Bizim çalışmamızda kadınların çift uyum ölçeği puanlaması düşük oranda bulunurken, sadece kadınlar üzerine yapıldığı için sınırlı niteliktedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı tipte çalışmadır.

Araştırma başlangıcında cevap aranan H0: İnfertil kadınların maruz kaldığı şiddetin yaşam kalitesi ve evlilik uyumları üzerine etkileri yoktur, H1: İnfertil kadınların maruz kaldığı şiddetin yaşam kalitesi ve evlilik uyumları üzerine etkileri vardır. H0 reddedilmiştir, H1 kabul edilmiştir.

Araştırma sonunda aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 29,66±6,16, evlilik yaşları ise ortalama 24,59±5,93'tür. Evlilik süreleri 1-22 yıl arasında değişmekte olup ortalama 5,01±4,01 yıldır.

Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği puan ortalaması 43,66±17,95 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 70,41±20,33 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların çift uyumu ölçeği toplam puan ortalamasının 52,71 ± 12,49 olduğu ve çift uyumlarının düşük olduğu görülmüştür.

Eş eğitim düzeyinin şiddete maruz kalma ve çift uyumunu etkilediği ve eşin eğitim düzeyi düştükte şiddete maruz kalma oranının arttığı, çift uyumunun azaldığı belirlenmiştir.

Şiddet gören infertil kadınların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler yapılmıştır:

İnfertilite kadına yönelik şiddete maruz kalmada risk oluşturmaktadır. İnfertil kadınlar cinsiyet ayrımcılığı, maruz kaldıkları şiddet, çokeşlilik ve ötekileştirilme açısından incinebilir gruplar içerisine girmekte olduklarından, sağlık profesyonelinin bilgilendirme ve hassas yaklaşımı oldukça önem arz etmektedir.

Ebe ve sağlık profesyonelleri infertilite tedavisi gören çiftlere bakım verirken aile içi şiddeti, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini göz önünde bulundurmalı ve bunlara

yönelik toplum bilincini yükseltecek farkındalığı artırmalıdır. İnfertil gruplar hassas gruplar olarak nitelendirilip daha dikkatli bakım vermelidir. Tedavi sürecinde bu gruplarla yakından ilgilenirken, stresörleri, fiziksel ve ruhsal değişimleri, yaşam tarzı, acı, kayıp, öfke gibi duygu ve düşünceleri ifade etmeleri ve tüm bu olumsuz durumlarla başa çıkma yöntemleri konusunda biyopsikososyal yönden tam bir destek sunmaları gerekmektedir.

Tedavi sürecinde bireylerin yaşam kaliteleri ve çift uyumları değerlendirilmeli ve ihtiyaç duydukları eğitim/danışmanlık ve bakım hizmetleri sunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Verma P, Rastogi R, Sachdeva S, Gandhi R, Kapoor R, Sachdeva S.** Psychiatric Morbidity in Infertility Patients in a Tertiary Care Setup. J Clin Diagn Res **2015**; 9 (9):1-6.

2. **Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA.** National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. PLoS Med, 9:e1001356, **2012**.

3. **Robinson GE, Stewart DE.** Infertility and new reproductive technologies. In Review of Psychiatry (Eds JM Oldham, MB Riba), Washington, American Psychiatric Press, **2005**.

4. **Hammarberg K, Astbury J, Baker HWG.** Women's experience of IVF: A follow up study. Hum Reprod, **2001**; 16:374–383.

5. **Kavlak O, Saruhan A.** İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi, Ege Tıp Dergisi, **2002**; 41:229– 232.

6. **Oskay ÜY, Bayram GO, Dişsiz M.** İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri, İnfertilite Hemşireliği, 177- 196, Istanbul, Acar Basım, **2009**.

7. **Şen S, Sevil Ü.** Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Dergisi, **2016**; 6:63-82.

8. **Van Rooij FB, van Balen F, Hermanns JM.** The experiences of involuntarily childless Turkish immigrants in the Netherlands. Qual Health Res, 19:621-632, **2009**.

9. **Yanıkkerem E, Kavlak O, Sevil Ü.** İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2008**; 11:112-121.

10. **Franco JG, Baruffi RLR, Mauri AL, Petersen CG, Felipe V, Garbellini E.** Psychological evaluation test for infertile couples. J Assist Reprod Genet, 19:269-273, **2002**.

11. **Alosaimi FD, Bukhari M, Altuwirqi M.** Gender differences in perception of psychosocial distress and coping mechanisms among infertile men and women in Saudi Arabia. Hum Fertil (Camb) **2017**; 20(1): 55-63.

12. **Akyüz A:** IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, **2001**.

13. **Ekşi B.:** Evliliğe Hazırlık Aşamasındaki Karı–Koca adaylarının Evlilik ve AnneBaba Olma Üzerindeki Düşünceleri, Aile ve Toplum Dergisi, 2(8), 75-84, **2005**.

14. **Kızılkaya Beji N., Yavan T., Dikencik K., Akın N., Dinç A. Ve ark:** İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, Ed:N. Kızılkaya Beji, F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, No.4, Emek Matbaacılık, İstanbul, **2001**

15. **Saydam BK.:** Türk Toplumunda İnfertil Kadınların Statüsü, Sağlık ve Toplum Dergisi, 13(1): 30-34, **2003.**

16. **Süzer F:** Evlenmek Üzere Olan Çiftlerin Kaygı Durumu ve Danışmanlık Gereksinimi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2003.**

17. **Türkoğlu T:** İnfertilitenin Psikososyal Yönü, Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, **1977**.

18. **Mousavi SA, Masoumi SZ, Keramat A, Pooralajal J, Shobeiri F**. Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: a systematic review. J Reprod Infertil **2013**; 14(3): 110-9.

19. **Cousineau TM, Domar AD.** Psychological impact of infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol **2007**; 21(2):293-308.

20. **Ak G.**: İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, **2001**.

21. **Günalp S.,Tuncer S.**: Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi, Pelikan Yayınları, Ankara, **2004**.

22. **Kişnişçi H.A., Gökşin E., Durukan T., Üstay K., Ayhan A., Gürgan T., Önderoğlu L.S.** Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitapevi, Ankara, **1996.**

23. **Özcan J.** IVF Planlanan Zayıf Yanıtlı Hastalarda Uygulanan Mikrodoz Protokolü ile Mikrodoz Stop Protokolünün Karşılaştırılması, S.B. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2005**.

24. **Taşkın L.**: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, **2000**.

25. **Yıldırım M.**: Klinik İnfertilite, 2. Baskı, Eryılmaz Ofset, Ankara, **2000**.

26. **Arıcı A., Attar E., Balaban E., Buyru F., Çolgar U.ve ark**: Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite (Ed: Umur Ç.), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, **2006**.

27. **Rainsbury P., Viniker D.**: Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar (Çeviri Işık A, Vicdan K., Alaybeyoğlu L.), Atlas Kitapçılık, Ankara, **1998**.

28. **Atherton F, Howel D.** Psychological morbidity and the availability of assisted conception: a group comparison study. J Public Health Med;17(2):157-60, **1995**.

29. **Jaffe SB.** The basic infertility investigation. Fertil Steril **1991**; 56:599

30. **Menken J, Trussel J, Larsen U.** Age and infertility. Science **1975**; 233: 1389, 1986.

31. **Westrom L.** Effect of acut pelvic disease on infertility. Am. J. Obst Gynecol **1975**; 121:707.

32. **Stillman RJ, Rosenberg MJ, Sachs BP.** Smoking and Reproduction. Fertil Steril **1986**; 46: 545.

33. **Smith CG, Asch RH.** Drug Abuse and Reproduction . Fertil Steril **1987**; 48: 355.

34. **Robinson GE., Stewart DE.** İnfertility and new reproductive technologies.Review of Psychiatry, Ch.11,vol 14, **1994-1997**.

35. **Whiteford LM., Gonzales L.** Stigma: the hidden burden of infertility. Soc. Sci. Med. **1995**; 40(1): 27-3.

36. **Speroff L, Fritz MA.** Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Philadelphia, Lippinctt Williams & Wilkins, **2005**.

37. **Ramazanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM**. Emotional adjustment in infertile couples: systematic rewiev article. Iranian Journal of Reproductive Medicine **2009**; 7:97-103.

38. **Speroff L, Fritz MA.** Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite. 8. ed. Güneş Tıp Kitabevleri. **2010**:1137-82.

39. **Hull M, et al.** Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. Br Med J (Clin Res Ed), **1985**; 291(6510):1693-1697.

40. **Snick H, et al.** The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study. Human Reproduction, **1997**; 12(7):1582-1588.

41. **Speroff L., Glass RH.,Kase NG.**.Kadın İnfertilitesi.Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Çeviri.Erk A.5.baskı, **2011**.

42. **Şahmay S**. İnfertilitede ovulatuvar factor.Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite, **1995**; Sf:9.

43. **Givens JR., Kurtz BR.** Understanding PCOS. Gonadotropin down regulation in gynecological practice. **1986**; Sf: 355.

44. **Demirel E**.: IUI Uygulanan Hastalarda Sperm Parametrelerinin Gebelik Oranlarına Etkileri, S.B. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç. Dr. Sönmez SA.), İstanbul, **2006**

45. **Gordon J.D., Speroff L.**: Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite El Kitabı (Çeviri: Işık A.Z., Vicdan K.), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, **2003**.

46. **Özcan J**.:IVF Planlanan Zayıf Yanıtlı Hastalarda Uygulanan Mikrodoz Protokolü ile Mikrodoz Stop Protokolünün Karşılaştırılması, S.B. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2005**.

47. **Kızılkaya Beji N., Yavan T., Dikencik K., Akın N., Dinç A. Ve ark**:: İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, Ed:N. Kızılkaya Beji, F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, No.4, Emek Matbaacılık, İstanbul, **2001**

48. **No CO.** Female age-related fertility decline. Fertility and Sterility, **2014**; 101(3):633-634.

49. Medicine P.C.o.t.A.S.f.R. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertility and sterility, **2012**; 98(2):302-307.

50. **Teskereci G.** İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. Semra Öncel), **2010**.

51. **Kuş C.** İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, **2008**.

52. **Aktürk FS**. Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç.Dr.Mehmet Yılmazer), **2006**.

53. **Gürgan T**, Demirol A. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi. Reprodüktif Endokrinoloji Ve İnfertilite. Ed: Çolgar U. İstanbul Medikal Yayıncılık, **2006**.

54. Practice Committee of American Society for Reproductive, Medicine, Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertil Steril, **2015**; 103(6)

55. Practice Committee of American Society for Reproductive, Medicine., Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertil Steril, **2015**; 103(7).

56. **Cooper-Hilbert B**.: İnfertility and İnvoluntary Childlessness, New York, Norton, **1998**.

57. **Johnson K, Posner SF, Biermann J, Boulet S.** CDC/ATSDR Preconception Care Work Group; Select Panel on Preconception Care. Recommendations to improve preconception health and health care– United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep, **2006**; 55(1):23.

58. **McLean HQ, et al.** Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization, **2013**.

59. **Demyttenaere K., Bonte L., Gheldof M., Vervaeke M., Meuleman C.** et al.: Coping Style and Depression Level İnfluence Outcome in İn Vitro Fertilization , Fertil Steril, 69:1026-1033, **1998**.

60. **Erdem E**: İntrauterin İnseminasyon: Prognostik Faktörler, Türk Fertil Dergisi, 11:267-283, **2003**

61. **Gezginç K., Çiçek N., Çolakoğlu M., Çelik Ç., Çapar M., Akyürek C.**: İntrauterin İnseminasyon Uygulama Zamanı ve Sayısının Gebeliğin Oluşumuna Etkisi, Kadın Doğum Dergisi, 2(4): 253-7, **2004.**

62. **Aboulghar MA.**: The Importance of Fertility Treatment in the Developing World, BJOG:An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 112:114-1176, **2005**.

63. **Lenzi A., Lombardo F., Salacone P., Gandini L., Jannini E.A.**: Stres, Sexual Dysfunctions and Male İnfertility, J Endocrinol İnvest, 26 (3):72-76, **2003**.

64. **Domar AD., Seibel MM., Benson H.**: The Mind/Bady Program for İnfertility: A New Behavioral Treatment Aproach for Women with Infertility, Fertility and Sterility, 53 (2):246-249, **1990.**

65. **Rita Beck** Black and Dorothy A Greenfeld. Pregnancy and pregnancy Loss after inferility. Clinics of North America Vol.4 Num:3 **1993** 569-581.

66. **Fassino S., Piero A., Boggio S.**, Piccioni V: Anxety, Depression and Anger Supression in İnfertilite Couples, A Controlled Study, Hum Reprod 17: 2986- 2994, **2002**.

67. **Beutel M., Kupfer J., Kircmeyer P.**: Treatment Related Stres and Depression in Couples Undegoing Assited Reproductive Treatment by IVF on ICSI, Androloggia, 31:27-35, **1999**.

68. **Akdeniz F., Gönül AS.** : Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi, Klinik Psikiyatri Dergisi, Ek 2: 70-74, **2004**.

69. **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., 16(8): 1762-1767, **2001**.

70. **Newton CR., Sherrard W., Glavac I:** The Fertility Problem İnvontory, Measuring Percieved İnfertlşty Related Stres, Fertil Steril 69:1026-1033, **1998**.

71. **Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R**. Psychological impact of infertility: comparison with those with other medical problems J Psychosom Obstet Gynaecol **1993**;14 Suppl:45.

72. **Wischmann T, Stammer H, Scherg H.** Psychosocial characteristics of infertile couples, Hum Reprod **2001** Aug;16(8):1753-61.

73. **Gerhard I, Verres R Conrad R, Schilling G, Langenbuch M, Haidl G, Liedtke R.** Alexithymia in male infertility Hum Reprod **2001** Mar;16(3):587-92.

74. **Weil E, Cornet D, Sibony C, Mandelbaum J, Salat-Baroux J**. Psychological aspects of anonymous and non-anonymous oocyte donation: Hum Reprod **1994** Jul;9(7):1344-7.

75. **Greil AL.** Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. Soc Sci Med **1997**; 45:1679-1704.

76. **Menning BE.** The infertile couple: a plea for advocacy. Child Welfare **1975**; 54:454-460.

77. **Öztürk T.** İnfertilitede anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından cinsiyet farklılıkları, Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, **2011.**

78. **Onat BG**. İnfertiliten Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, **2009**.

79. **Gürbüz Ş.** İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2007**.

80. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı HemĢireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2005**.

81. **Deborah A.** Gerrity A Biopsychosocial Theory of Infertility. Fam J **2001**; 9:151.

82. **Koçyiğit OT**. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. İnsanbil Derg **2012**; 1(1):27-37.

83. **Mumtaz Z, Shahid U, Levay A.** Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. Reproductive Health **2013**; 10(3):1-10.

84. **Peddie VL, Porter M, Teijlingen EV, Bhattachharya S.** Research as a therapeutic experience? An investigation of women's participation in research on ending ıvf treatment. Human Fertility **2006**; 9(4):231-238.

85. **Keskin G, Gümüş AB.** İnfertil kadınlarda benlik saygısı, umutsuzluk ve evlilik uyumu. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul; **2011**:180-181.

86. **Örnek SV**. Türk halkbilimi. Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları; **2000**.

87. **Cook R**. Relationship between sexual identity and functionality in assisted conception patients: J Psychosom Obstet Gynaecol **1993** Mar;14(1):31-40 .

88. **Van Thiel M, Mantadakis E, Vekemans M, Gillot de Vries F**.Psychological characteristics of patients who will use the anonymous donor artificial insemination method J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) **1990**;19(7):823-8.

89. **Doraty A, Greenfeld MSW, Virginia N, Walter MSW.** Psychological considerations in multifetal pregnancy reduction. Psychological Issues in Infertility Clinics of North America Vol.4 Num:3 **1993** 533-542.

90. **Stewart DE., Robinson GE.**: İnfertility by Choice or by Nature, J Psychiatry, 54: 886-889, **1999.**

91. **Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D.** Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment **1992**; 305:1074– 1077.

92. **Millheiser L, Lathi RB.** Female sexual dysfunction and infertility: Cause, effect, or both?. Srm sexual dysfunction **2008**; 6 (3).

93. **Read J.** Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. ABC of sexual health, Clinical review **1999**; 318.

94. **Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F**. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. Health Services Research **2008**; 8: 186.

95. **İnceer B.** Çocuksuzluğun psikolojik yönü, Ege Üniversitesi Rektörlüğü Aile PlanlamasıKısırlık(İnfertilite) Araştırma Uygulama merkezi Hastaları için El kitabı **1998**, 124-32.

96. **Kamacı S**. Primer İnfertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, Türkiye. **2003**.

97. **Arslan H, Ergin A, Coşkuner Potur D, Çıtak N.** İnfertil çiftlerin cinsel disfonksiyon yaşama durumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetrics **2008**;18(6):364- 71.

98. **Fekkes, M., Buitendijk, S.E., Verrips, G.H.W., Braat, D.D.M., Brewaeys, A.M.A., Dolfing, J.G., Kortman, M., Leerentveld, R.A., Macklon, N.S**. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. Human Reproduction, **2003**; 18(7), 1536-1543.

99. **Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S.** Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? Türk Psikiyatri Dergisi **2007**; 18(4):311- 322, Ankara.

100. **Tezer, E**. Evli Eşler Arasındaki Çatışma Davranışları: Algılama ve Doyum, Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara, **1998**.

101. **Karamidehkordi A, Roudsari RL.** Body image and its relationship with sexual function and marital adjustment in infertile women. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research **2014**;19(7 Suppl1):S51.

102. **Yağmur Y, Oltuluoğlu H**. Social support and hopelessness in women undergoing infertility treatment in Eastern Turkey. Public Health Nursing **2012**;29:99-104.

103. **Rosen-Grandon, J. R**. The relationship between marital characteristics, marital interaction process and marital satisfaction. Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina: North Carolina, **1999**.

104. **Norten JE, Schilling EA, Couchman GM, Walmer DK.** Sexual satisfaction and functioning in patients seeking infertility treatment. Fertil Steril. **2003**; 76: 28.

105. **Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M, Zayeri F**: Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. Fertil Steril. **2006**; 85: 139-43.

106. **Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR,** Agarwal A. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. Fertil Steril. **2003**; 79: 909-12.

107. **Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A**. First IVF treatment - short-term impact on psychological wellbeing and the marital relationship. Hum Reprod. **2006**; 21: 3295-02.

108. **Murphy DJ** Adjustment to Infertility: The Contribution of Attachment Style and Marital Satisfaction. The Gordon Derner Institute of Advanced Psychological Studies Adelphi University, November, **2000.**

109. **Mahlstedt PP** The psychological component of infertility. Fertility and Sterility, 43(3), 335-346, **1985**

110. **Repokari L, Punamaki RL, Unkila-Kallio L, Vilska S, Poikkeus P, Sinkkonen J et al**. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Hum Reprod. **2007**; 22: 1481-91.

111. **Leiblum, S.R., Aviv, A., Hamer, R**. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. Hum Reprod, **1998**; 13(12), 3569-74.

112. **Farzadi L, Ghasemzadeh A, Asl ZB, Mahini IM, Shirdel H.** Intimate partner violence against infertile women. J Clin Res Gov **2014**; 4:147-51.

113. **Onat G**. Development of a scale for determin- ing violence against infertile women: a scale development study. Reproductive Health **2014**; 11(18):1-8.

114. **Oğuz H**. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etklileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve AraĢtırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2004**.

115. **Peterson DB**. Examining Congruence Between Partners Perceived infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in İnfertile Couples. Family Process, **2003**; 42(1).

116. Türkiye' de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, **2015.**

117. WHO. Sexual and reproductive healt, http://www.who.int/reproductivehealthtopics/infertility/definitions/en, **Erişim Tarihi: 19.02.2019**

118. **Peterson, BD., Newton, CR.**, **2003**, Examining the congruence between couples perceived infertilityrelated stress and its relation ship to depression and marital adjustment in infertil men and women. Family process, 42(1), 59-70

119. **Ramazanzadeh E., Noorbala AA., Abedenea N.**, Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples, The Malaysian Journal of Medical Sciences, 18(1), 16-24.

120. **Pallitto CC., Garcia Moreno C**., **2013**, İntimate partner violence, abortion, unintended pregnancy: results from the who multicountry study on women's health and domestic violence, İnternational Journal of Gynecology&Obstetrics, 120(1), 3-9

121. **Topdemir-Koçyiğit, O**. İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri. İnsanbil Dergisi **2012**; 1(1):27-38.

122. **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.

123. **Nachtigall RD, Becker G, Wozny M**. The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. Fertility and Sterility **1992**; 57(1):113-120.

124. **Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ.** Psychological Sequelae of Infertility Treatment: the role of gender and sex role identification. Soc Sci Med **1991**; 33(9):1071-1080.

125. **Yoldemir T.** Stres ve Fertilite. İçinde M. Nedim Çiçek (Ed.), Temel Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; **2008**:393-412.

126. **Weinger S**. Infertile Cameroonian women: Social marginalization and coping strategies. Qualitative Social Work **2009**; 8:45-64.

127. **Bibi S**., Prevelance instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of HyrebadSindh, Pakistan Journal of Medical Sciences, **2014**: 30, 122-125

128. **Ardabily HE**., Prevelance and risk factors for domestic violence against infertile women in an İranian setting, İnternational Journal of Gynecoclogy and Obstetrics, **2011**: 112, 15-17.

129. **Bhatti F, Jeffery R**. Girls' schooling and transition to marriage and motherhood: Exploring the pathways to young women's reproductive agency in Pakistan. Comp Edu **2012**; 48:149-66.

130. **Upkong D, Orji E**. Mental health of infertile women in Nigeria. Turk Psikiyatri Derg **2006**; 17:259-65.

131. **Yıldızhan R**., İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, **2008;** 11, 112-120.

132. **Akyüz A.**, Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women, İnternational Journal of Fertility and Sterility, **2013;** 6, 286-293.

133. **Dhont N.**, Mama and Papa nothing: living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda, human Reproduction, **2011;** 26, 623-629.

134. **Aduloju PO.,** Prevelance and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Niggeria, European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, **2015**: 188, 66-69.

135. **Hasanpoor SB**., The social consequences of infertility among İranian women: A Qualitative Study, İnternational Journal of Fertility and Sterility, **2015**, 8, 409-420.

136. **Sheikhan Z**., Domestic violence in İranian infertile women, Medical Journal of the İslamic Republic of İran, **2014**, 28, 1023-1031.

137. **Hortaçsu N.** Family- versus couple-initiated marriages in Turkey: Similarities and differences over the family lie cycle. Asian Journal of Social Psycholog, **2007**: 10, 103-36.

138. **Polat D.** Evli bireylerin evlilik uyumları, aldatma eğilimleri ve çatışma eğilimleri arasındaki ilişkilerin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2006**.

139. **Kırço T.** İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2009**.

140. **Güleç G, Hassa H, Yalçın E.G, Yenilmez Ç.** Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi **2011**; 3:166-76.

141. **Yıldızhan R, Adalı E, Kolusarı A, Kurdoğlu, M, Yıldızhan B, Şahin G.** Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. Int J Gynecol Obstet **2009**;104:110–2.

142. **Ozturk R, Taner A, Guneri S ,Yilmaz B**. Another face of violence against women: Infertility. Pak J Med Sci. **2017**; 33(4):909-914.

143. **Kahyaoğlu HS, Ozturk S.** İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddetin Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisi. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, 05-06 Ekim 2017, Bildiri Özet Kitabı, **2017**:241.

144. **Donkor, E. S., Sandall, J**. The impact perceived stigma and mediating social factors on infertility–related stress among woman seeking infertility treatment in Southern Ghana. Soc Sci Med, **2007**; 65: 1683-1694.

145. Nursing Competences: Specialist competences for fertility nurses. pp. 1-36. Royal College of Nursing, **2011**.

146. **Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A**. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. Human Reproduction, **2011**; 26(8), 2084-2091.

147. **Keramat A, Masoumi SZ, Mousavi SA.** Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Couple. Journal of Research in Health Sciences, **2014 ;**14(1): 57-64

148. **Hsu PY., Lin MW., Hwang JL.** The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, **2013**: 204-209 http:// dx.doi.org/10.1016/j.tjog.

149. **Karabulut A., Ozkan S., Oguz N.** Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, **2013** ; 193–197 http://dx.doi.org/10.1016/j. Ejogrb.

150. FeriQoL, School of Psychology, Cardiff University. (**Erişim tarihi 11.04.2021**). www.fertiqol.org

151. **Fışıloğlu, H., Demir, A**. Applicability Of The Dyadic Adjustment Scale For Measurement Of Marital Quality With Turkish Couples. European Journal Of Psychological Assessment **2000;** 16: 214-8.

152. **Tüzer V. Tuncel A, Göka S.** Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: Gender differences. Turk J Med Sci, **2010;** 40(2): 229-237.

153. **Freeman WE, Garcia RC, Rickels L**. Behavioral and emotional factors: comparisons of anovulatory fertile women with fertile and other infertile women. Fertil Steril, **1983**; 40, 195-201

154. **Adler ve Boxley RL.** The Psychological reactions to infertility:sex roles and coping styles. Sex Rolles, **1985;** 12, 271-279.

155. **Matthews R., Matthews AM.** Beyond the mecanics of infertility.Family Relations, **1986;** 35, 470-487.

156. **Herz EK**. İnfertility and bioethical issues the new reproductive technologies. The Psychiatric Clinics of North America.Women disorders. Parry BL. **1989**; 12; 1, 117-133.

157. **Mazor M**.. The problem of infertility. Notman M.The women patient.vol.1. NY Mening Eck. Barbara. The psychology of infertility.Englewood Clifts, N.J.:**1977.**

158. **Repokari, L, Tulppala M, Vilska S, Unkila-Kallio L.** Infertility treatment and marital relationships: A 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Hum Reprod, **2007;** 22: 1481-1491.

159. **Schmidt, L, Holstein, B., Christensen, U., Boivin, J.** (**2005**). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: Cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. Hum Reprod, 20(11): 3248-3256.

160. **Akçin FG**. İnfertil Çiftlerin Psikiyatrik Semptomlar, Cinsel İşlev Bozukluğu, Baş Etme Düzenekleri, Cinsiyet Rolü Algıları Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi; **2005**.

161. **Gülseren L, Cetinay P, Tokatlioğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S.** Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. J Reprod Med. **2006**; 51: 421-6

162. **Abbey A, Halman LJ, Andrews FM.** Psychosocial, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. Fertil Steril. **1992**; 57: 122- 8

163. **Wright J, Allard M, Lecours A,** Sabourin S. Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. Int J Fertil. **1989**; 34:126-42.

164. **Brockington I.** The desire for children. Motherhood and Mental Health. Brokington I. Oxford University Pr., **1996;** Ch.1,1-38

165. **Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T.** Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. Adult Urol. **2004**; 63: 126-30

166. **Newton CR, Sherrard W, Glavac I.** The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertilityrelated stress. Fertil Steril. **1999**; 72: 54-6

167. **Bowman ML**: Coping efforts and marital satisfaction: measuring marital coping and its correlates. J Marriage Fam. **1990**; 52: 463-75.

168. **Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T.** Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. Gen Hosp Psychiatry. **2004**; 26: 398-404.

169. **Raval H, Slade P, Buck P.** The impact of the infertility on emotions and the marital and sexual relationship. Journal of Reproductive and Infant Psychology, **1987**; 5, 221-234

170. **Bell JS**. Psychological problems among patients attending an infertility clinic. J Psychosomatics Res, **1981**; 25, 1-3

171. **Khayata GM, Rızk DEE, Hasan MY, Ghazal Aswad S, Asaad MAN.** Factors influencing the quality of life infertile women in United Arab Emirates. İnternational Journal of Gynaecology and Obstetrics **2003**; 80: 183-188.

172. **Lau JT, Wang Q, Cheng Y, Kim JH, Yang X, Tsui HY.** Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples. Journal Sexual Marital Therapy **2008**; 34:248-267.

173. **Drosdzol A, Skrzypulec V**. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care **2008**; 13(3):271– 281.

174. **Huppelschoten AG, Dongen AJ, Verhaak CM, Smeenk JMJ, Kremer JAM, Nelen WL.** Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. Human Reproductive Advance Access published **2013**; 0: 1-9.

175. **Pınar G, Zeyneloğlu HB**. Quality of Life, Anxiety and Depression in Turkish Women Prior to Receiving Assisted Reproductive Techniques. Fertil Steril **2012**; 6(1): 1-12.

176. **Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliari I and Nicolosi E** Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples, Human Reproduction Vol.20 No.5 pp.1286- 1291, **2005**

177. **Morice P, Josset P, Dubuisson JB.** History of sterlity in ancient times.Contracept Fertil Sex . **1995**; 23(6): 423-427

178. **Moghadam ZB, Ardabily HE, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S.** Physical and Psychological Violence against Infertile Women, Journal of Family and Reproductive Health **2010**; 4:2.

179. **Kocacik F, Dogan O**. Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. Croat Med J **2006**; 47: 742-9.

180. **Sami N, Ali TS**. Domestic violence against infertile women in Karachi, Pakistan. Asian Review of Social Sciences **2012**; 1(1):15- 20.

181. **Akpınar F, Yilmaz S, Karahanoğlu E, Ozelci R, Coskun B, Dilbaz B, Tekin ÖM**. Intimate partner violence in Turkey among women with female infertility. Sexual and Relationship Therapy, **2017**; 1468-1994.

182. **Hassa H**.: İnfertil Olguların Değerlendirilmesi, Actual Medicine, 12(9): 72-80, **2004**.

183. **Bibi S, Ashfaq S, Shaikh F, Qureshi PMA.** Prevalence, instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of Hyderabad,Sindh. Pak J Med Sci **2014**;30:122–5.

184. **Ameh N, Kene TS, Onuh SO, Okohue JE, Umeora DU, Anozie OB.** Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. Niger J Med **2007**;16:375–7.

185. **Kaur S, Patidar AB, Meenakshi M, Sharma S.** Domestic violence and its contributory factors among married women in selected slums of Ludhiana, Punjab. Nurs Midwifery Res J **2014**;10:30–5.

186. **Kılıç BÇ.** Aile içi kadına yönelik şiddetin belirlenmesi ve hemşirenin rolü, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; **1999,** İstanbul.

187. **Ayaz S**. Domestic violence against women and women's opinions related to domestic violence. Anatolian J Psychiatry **2010**;11:23–9

188. **Çelik AS, Kırca N.** Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **2018**;231:111–6.

189. **Lotfy M, Hamdy A, Mansour A, Ghoneim HM.** Prevalence and risk factors for domestic violence among infertile Egyptian women: A cross-sectional study. Eur J Contracep Reprod Health Care **2019**;24:362–7.

190. **Çalışkan A.** İnfertil kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemleri, J Psychiatric Nurs **2021**;12(4):297-306.

191. **Sarı R., Erciyes JC**., İnfertil Çiftlerde Psikolojik; Sosyal ve Cinsel Problemler, İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, Cilt: 2 Sayı: 2, **2021.**

192. **Ferlin A, Raicu F, Gatta V, Zuccarello D, Palka G, Foresta C.** Male infertility: role of genetic background. Reprod Biomed Online. **2007**;14(6):734–45.

193. **Raval H, Slade P, Lieberman BE.** The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationship. Journal of Reproductive and Infant psychology **1987**; 5: 221-234.

194. **Emül T., Buldum A.** İnfertilite sorunu yaşayan kadınların şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesi, Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med. **2020**;17(2):155-61.

195. **Schmidt, L., Christensen, U, Holstein, B.E.** The social epidemiology of coping with infertility. Hum Reprod. **2005**; 20.

196. **Rosenthal MB.** Psychiatric aspects of infertility and assisted techologies: Psychological Issues in İnfertility. Diamond MP, DeCherney AH(edt). İnfertility and Reproductive Medicine Clinics of North America **1993**; 4(3):471-482.

197. **Karaca A, Unsal G.** Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) **2015;** Sep;9(3):243-50.

198. **Çetinbaş A., Dağdeviren H.N., Öztora S., Çaylan A., Sezer Ö.** Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İç Güvenilirlik Analizi. Euras J Fam Med. **2014**; 3(2): 105-110.

199. **Çavdar NK.** İnfertilitenin Bireyin Yaşam Kalitesine ve Benlik Saygısına Etkisi. **2017**, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul.

200. **Parnian R., Poorgholami F., Parandavar N., Jamali S., Shakeri F.** A comparative study of quality of life in infertile and fertile women referred to jahrom infertility clinics. Global Journal of Health Science. **2017**; 9(4): 174-181.

201. **Li Y., Zhang X., Shi M., Guo S., Wang L.** Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women 59 with infertility: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. **2019**; 17(38): 1-9.

202. **Ghaly AS., Essa RM., Yassin ST.** Intimate partner violence against infertile women. IOSR Journal of Nursing and Health Science. **2019**; 8(4): 10-25.

203. **Aarts JW, Van Empel IW, Boivin J, Nelen WL, Kremer JA, Verhaak CM.** Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. Hum Reprod. **2011**; 26(5):1112-8.

204. **Belen S.** The Relationship Between Perceived Quality of Life And Copıng Skills In Individuals Regarding Fertility Problems. [Master of Arts]. Boğaziçi Unıversity Educational Sciences; **2012**.

205. **Allison J.** Conceiving silence: infertility as discursive contradiction in Ireland. Med Anthropol Q **2011**; 25:1–21.

206. **Downey J, Yingling S, McKinney M, Husami N, Jewelewiez R, Maidman J.** Mood disorders, psychiatric symtoms,and distress in women presenting for infertility evaluation. Fertility and Sterility **1989**; 52(3):425-432.

207. IBM SPSS Statistics, SPSS for Windows. Versiyon 22.0, ABD: IBM SPSS Statistics, 2020.

EKLER

EK-1. Birey Tanıtım Formu

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi

Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın katılımcı, bu çalışmayı infertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkilerinin belirlenmesi amacıyla yapmaktayız. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulup araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup, size uygun seçeneklerden birini işaretleyiniz.

1. **Yaşınız……**
2. **Medeni Durumunuz?** 1.Evli 2.Bekar
3. **Evlilik Yaşınız? …….**
4. **Evlilik Yılınız? ……..**
5. **Evlilik Sayınız? …….**
6. **Evlenme Biçiminiz?** 1. İsteyerek 2.İstemeden
7. **Eğitim Durumunuz ?**
   1.Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite ve üzeri
8. **Eşinizin eğitim durumu ?**
   1.Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite ve üzeri
9. **Çalışıyor musunuz ?** 1.Evet 2.Hayır
10. **Mesleğiniz ? ……..**
11. **Eşiniz çalışıyor mu ?** 1.Evet 2.Hayır
12. **Mesleği ? ……..**
13. **Sosyal güvenceniz var mı ?** 1.Var 2.Yok
14. **Gelir düzeyiniz nedir?**
    1.Gelir- Gider Eşit 2.Gelir – Giderden Az 3.Gelir – Giderden Fazla
15. **Aile tipiniz ?** 1.Çekirdek Aile 2.Geniş Aile
16. **Gebelik sayısı:…….**
17. **Doğum sayısı:…….**
18. **Düşük/kürtaj sayısı ……**
19. **Ölü doğum sayısı……**
20. **Yaşayan çocuk sayısı…….**
21. **İnfertilite Süresi?** 1. 1-2 yıl 2. 3-6 yıl 3. 7-10 yıl 4. 11yıl ve üzeri
22. **İnfertilite Nedeni Kime Ait?** 1. Kadın 2. Erkek 3. Her İkisi de 4. Açıklanamayan

EK-2. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği

İNFERTİL KADINLARDA MARUZ KALINAN ŞİDDETİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ						
	Maddeler	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Eşim çocuğum olmadığı için beni boşamakla tehdit eder.					
2	Çocuğum olmadığı için eşim bana dokunmaktan ve öpmekten kaçınır.					
3	Ailem mal paylaşımı konusunda, soyumu devam ettirememem nedeniyle bana mülkiyet vermez.					
4	Eşim, çocuğum olmadığı için benden başka biriyle evlenmeyi düşünür.					
5	Çocuğum olmadığı için eşim benimle cinsel ilişkiye girmez.					
6	Çocuğum olmaması nedeniyle bana tekme, tokat, yumruk atılır.					
7	Eşim, çocuğum olmadığı için akraba ziyaretlerini benimle birlikte yapmaktan kaçınır.					
8	Eşim, çocuğum olmadığı için bana sevgi sözcükleri söylemez.					
9	Eşim çocuk sahibi olamamakla ilgili cinsel performansıma yönelik aşağılayıcı sözler söyler. (Örn: Beceriksiz, cilvesiz, soğuk nevale vs.)					
10	Çocuğum olmadığından, toplum içinde aşağılandığım olur.					
11	Katılmak istemediğim halde, çocuklu ev gezmelerine gitmek konusunda ısrar edilir.					
12	Çocuğum olmadığı için etrafımdakiler tarafından dışlanırım.					
13	Çocuğum olmadığı için bana selam verilmez.					
14	‘’Kısır’’ diye işaret edilirim.					
15	Çocuk sahibi olamamamla ilgili dedikodu yapılır.					
16	Çocuk sahibi olamadığımdan etrafımdakiler tarafından eksik ve kusurlu bulunurum.					
17	Çocuğumun olmamasıyla ilgili erkekliğim/kadınlığım hakkında beni üzen sözler söylenir.					
18	Çocuk sahibi olamamamla ilgili etrafımdakiler tarafından sürekli suçlanırım.					
19	Çocuğum olmaması nedeniyle daha fazla yorucu işler yapmak gibi cezalara maruz kalırım.					
20	Herhangi bir konudaki beceriksizliğim, çocuk sahibi olamamamla ilişkilendirilir.					
21	Çocuk sahibi olamamamla ilgili bana lakap takılır. (Örn: Kusur, verimsiz, kısır vs.)					
22	Çocuk sahibi ailelelerin katıldığı ev gezmelerine davet edilmediğim olur.					
23	Çocuk sahibi olabilmek için, ben istemediğim halde, eşim sürekli cinsel ilişkiye girmek için ısrar eder.					
24	Çocuk sahibi olamama nedeni bende olmasa bile, çevremdekilere sorunun bende olduğunu söylemek konusunda baskı hissederim.					
25	‘’Ne zaman çocuk sahibi olacağım’’ la ilgili ısrarcı sorulara maruz kalırım.					
26	Çocuk sahibi olmamla ilgili sorulan ısrarcı sorular karşısında, yalan söylemek ya da kaçamak cevaplar vermek zorunda kalırım.					
27	İstemediğim halde, çocuk sahibi olmayı kolaylaştıracağı düşünülen yiyecekleri (Örn: kuvvet macunu, koç yumurtası, bal, fındık vs.) yemem konusunda ısrar edilir.					
28	İstemediğim halde, çocuk sahibi olmayı kolaylaştıracağı düşünülen uygulamalara (hocalara okutup, üfletmek, nazar bozma, büyübozma vs.) maruz kalırım.					
29	Çocuk sahibi olan diğer kadınlarla kıyaslanırım.					
30	Yaşamımda ters/olumsuz giden olaylar, benim çocuk sahibi olamamamla ilişkilendirilir.					
31	Çocuğum olmadığından, evde herhangi bir karar verilirken benim fikrim alınmaz.					

EK-3. Doğurganlık Yaşam Kalitesi Ölçeği (FertiQoL)

Fert Qol Internat onal
Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)
Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayat nızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayat nızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir. Lüt fen yıldız (*) işaretli maddeleri yalnızca bir çif tilişkisi içindeyseniz cevaplayınız.

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi
A	Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	□	□	□	□	□
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**Hiç Memnun Değilim**	**Memnun Değilim**	**Ne Memnunum Ne Memnun Değilim**	**Memnunum**	**Çok Memnunum**
B	Hayat nızın kalitesinden memnun musunuz?	□	□	□	□	□
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**Tamamen**	**Epeyce**	**Ortalama**	**Biraz**	**Hiç**
S1	Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantransyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	□	□	□	□	□
S2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayat taki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleşt iremediğinizi düşünüyor musunuz?	□	□	□	□	□
S3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	□	□	□	□	□
S4	Doğurganlık sorunlarınızla baş edebildiğinizi hissediyor musunuz?	□	□	□	□	□
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**Hiç Memnun Değilim**	**Memnun Değilim**	**Ne Memnunum Ne Memnun Değilim**	**Memnunum**	**Çok Memnunum**
S5	Doğruganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?	□	□	□	□	□
S6*	Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?	□	□	□	□	□
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**Her Zaman**	**Çoğu Zaman**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir Zaman**
S7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	□	□	□	□	□
S8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	□	□	□	□	□
S9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	□	□	□	□	□
S10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayat nız kısıtlandı mı?	□	□	□	□	□
S11*	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	□	□	□	□	□
S12	Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?	□	□	□	□	□
S13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplant larına, tat l ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	□	□	□	□	□
S14	Ailenizin, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	□	□	□	□	□
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**Fazlasıyla**	**Çok**	**Ortalama**	**Biraz**	**Hiç**
S15*	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaşt rdı mı?	□	□	□	□	□
S16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	□	□	□	□	□
S17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	□	□	□	□	□
S18	Doğurganlık yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	□	□	□	□	□
S19*	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?	□	□	□	□	□
S20*	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	□	□	□	□	□
S21*	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	□	□	□	□	□
S22	Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	□	□	□	□	□
S23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öf kelendiriyor mu?	□	□	□	□	□
S24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden f ziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	□	□	□	□	□

EK-4. Çift Uyum Ölçeği

ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ (ÇÜÖ)

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşırız	**Hemen her zaman anlaşırız**	**Nadiren Anlaşamayız**	**Sıkça anlaşamayız**	**Hemen her zaman anlaşamayız**	**Her zaman anlaşamayız**
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi						
2. Eğlenceyle ilgili konular						
3.Dini konular						
4. Muhabbet-sevgi gösterme						
5. Arkadaşlar						
6.Cinsel yaşam						
7.Geleneksellik(doğru veya uygun davranış)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Anne, baba yada yakın akrabalarla ilişkiler						
10.Önemli olduğuna inanılan amaçlar ve konular						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı						
12. Temel kararların alınması						
13. Ev ile ilgili görevler						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşıları						
15. Mesleki kararlar						

	Her zaman	**Hemen her zaman**	**Zaman zaman**	**Ara sıra**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
16. Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür ya da tartışırsınız?						
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz?						
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?						
19. Eşinize güvenir misiniz?						
20. Evlendiğiniz için hiç pişmanlık duyar mısınız?						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?						

	Her gün	**Hemen her gün**	**Ara sıra**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
23. Eşinizi öper misiniz?					

	Hepsine	**Çoğuna**	**Bazılarına**	**Çok azına**	**Hiçbirine**
24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?					

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?

	Hiçbir zaman	**Ayda birden az**	**Ayda bir veya iki defa**	**Haftada bir veya iki defa**	**Günde bir defa**	**Günde birden fazla**
25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak						
26. Birlikte gülmek						
27. Bir şeyi sakince tartışmak						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak						

Eşlerin bazı zamanlar anlaştıkları, bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz (Evet veya Hayırı işaretleyiniz).

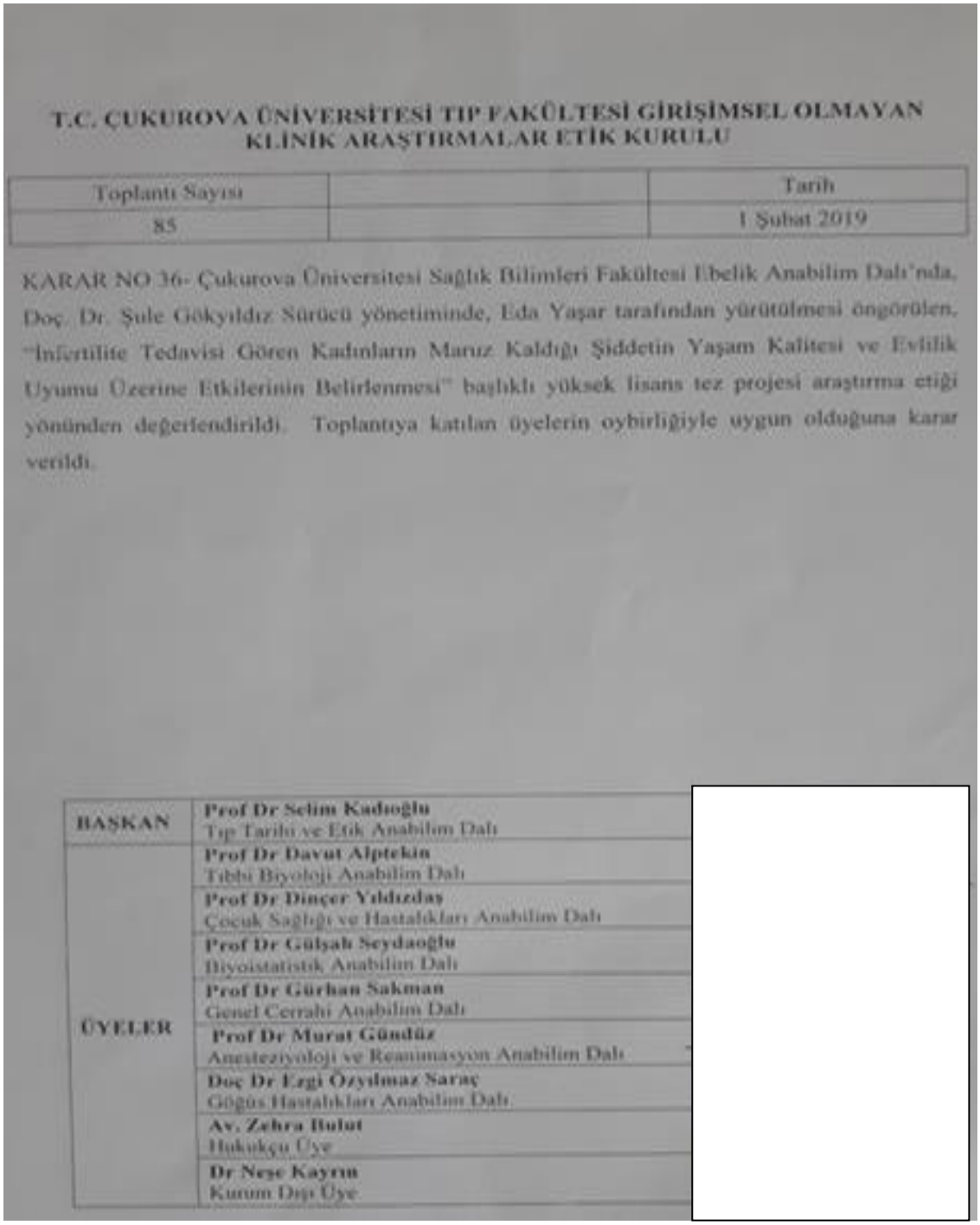
	Evet	**Hayır**
29. Seks için yorgun olmak		
30. Sevgi göstermemek		

Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki 'mutlu' birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir.

31. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinin en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.
( ) Aşırı mutsuz **( )** Oldukça mutsuz **( )** Az mutsuz **( )** Mutlu **( )** Oldukça mutlu **( )** Aşırı mutlu **( )** Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.
( ) İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yoktur.
( ) İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceklerimin hepsini yapacağım.
( ) İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
( ) İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımdan daha fazlasını yapamam.
( ) ilişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımdan daha fazlasını yapmayı reddederim.
( ) İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürümesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok

EK-5. Etik Kurul Kararı



T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
85		1 Şubat 2019

KARAR NO 36- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü yönetiminde, Eda Yaşar tarafından yürütülmesi öngörülen, "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Prof Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye

EK-6. Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı Çalışma İzni

22/05/2019

T. C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

Toplantı Sayısı	Karar Sayısı	Toplantı Tarihi
30	1	22/05/2019

Anabilim Dalımız Akademik Kurulu 22/05/2019 tarihinde, saat; 10:00' da Prof. Dr. M. Ali VARDAR başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır:

KARAR NO: 1-) T.C. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliğinin 59565534-302.08.01/E.29541 sayılı ve 22/02/2019 tarihli yazısı görüşüldü; Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Eda YAŞAR'ın yürüteceği "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesi ile Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalımız İnfertilite Polikliniğinde yapması ve çalışmada Doç. Dr. İ. Ferhat ÜRÜNSAK'ın görevlendirilmesine, Etik Kurul onayı ve gereği için Dekanlık makamına arzına; **oy birliği ile karar verilmiştir.**

Tarih ve Sayı: 23/05/2019-E.75832

T.C.
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 94155051-302.08.01/
Konu : Eda YAŞAR hk.

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 22/02/2019 tarihli, 29541 sayılı ve "Eda YAŞAR" konulu yazı,

İlgi sayılı yazı 22 Mayıs 2019 tarihli Akademik Kurulumuzda görüşülmüş olup; Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Eda YAŞAR'ın yürüteceği "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesi ile Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalımız İnfertilite Polikliniğinde yapması ve çalışmada Doç. Dr. İ. Ferhat ÜRÜNSAK'ın görevlendirilmesi uygun görülmüş ve alınan Akademik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Mehmet Ali VARDAR
Anabilim Dalı Başkanı

Ek: Akademik Kurul Kararı

23/05/2019 İşçi Yasemin AYDIN

Adres:Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 1330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon:0 (322) 338 64 04 Faks0 (322) 338 65 72
e-Posta:tip@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr

Bilgi için: Yasemin AYDIN
Unvanı: İşçi

ÖZGEÇMİŞ

Eda YAŞAR EROL, 1994 yılında Adana'da doğdu. İlköğretimi Dosteller İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimini Lokman Hekim Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 2013 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde lisans eğitimine başladı ve 2017 yılında mezun oldu. 2018 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında Tezli Yüksek Lisans eğitimine başladı. Yabancı dili İngilizcedir.