

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

**(DOKTORA TEZİ)**

**İNFERİLİTENİN YAŞAM KALİTESİ VE  
EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

**GÜLİZ ONAT BAYRAM**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ**

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2009**

## TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

02 / 03 / 2010

  
Prof. Dr. Tamer DEMİRALP  
Enstitü Müdürü (veki)

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program Adı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  Doktora   
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Güliz Onat Bayram  
Tez Başlığı : "İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi"  
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu  
Sınav Tarihi : 28 / 12 / 2009

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1. Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu ( Tez İzleme Komite Üyesi ) İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
2. Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji (Danışman) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
3. Prof. Dr. Nurdan Demirci Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
4. Prof. Dr. Hasan Serdaroğlu ( Tez İzleme Komite Üyesi ) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
5. Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

  
N. Hotun

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Güliz ONAT BAYRAM



## İTHAF

Bu çalışmayı sevgili annem HATİCE SEVGİ ONAT'a ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamız sırasında bana gösterdiği ilgi, verdiği güven ve bilimsel desteği için danıőmanım Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEĞİ'ye; çalışmanın İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodaktiv Endokrinoloji ve İnfertilite Anabilim'da yapılması için vermiş olduğu destek için Sayın Prof. Dr. Hasan SERDAROĞLU'na ve birim çalıőanlarına; çalışmanın yürütülmesinde göstermiş olduğu hassasiyet ve destek için okul müdürüm Sayın Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU'na teşekkür ederim.

Bu alıőma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: T-1826.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİİ
BEYAN.....	İV
İTHAF.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
İÇİNDEKİLER .....	Vİİ
TABLolar LİSTESİ.....	İIX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
ÖZET .....	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	13
2. GENEL BİLGİLER .....	15
2.1. İNFERTİLİTE.....	15
2.1.1. İnfertilitenin Tanımı.....	15
2.1.2. İnfertilite Sıklığı.....	15
2.1.3. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler .....	16
2.1.4. İnfertilite Nedenleri.....	17
2.1.5. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri.....	19
2.1.6. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri .....	19
2.1.7. İnfertilite Krizi .....	20
2.1.8. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikolojik Etkileri .....	23
2.1.9. İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerindeki Etkileri .....	25
2.1.10. İnfertilitenin Yaşam Kalitesine Etkisi .....	26
2.1.11. İnfertilitenin Evlilik İlişkisine Etkisi.....	27
2.1.12. İnfertilite İle Baş Etme Yöntemleri.....	29
2.2. EVLİLİK UYUMU.....	29
2.2.1. Evlilik Kavramının Tanımı .....	29
2.2.2. Evliliğin İşlevleri.....	31
2.2.3. Evlilik Kavramı İle İlişkili Kavramlar .....	32
2.2.4. Evlilikte İletişim.....	33
2.2.5. Evlilik Uyumu.....	34

2.3. YAŞAM KALİTESİ.....	35
2.3.1. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kavramı .....	37
2.3.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler .....	48
2.3.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi .....	39
2.4. İNFERTİL ÇİFTLERİN PSİKOSOSYAL SORUNLARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi .....	45
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı .....	45
3.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi .....	46
3.4. Çalışma Verilerinin Toplanması .....	46
3.5. Veri Toplama Araçları .....	47
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	51
3.7. Çalışmanın Özgün Yönleri .....	52
3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	53
3.9. Çalışmanın Yürütülmesinde Karşılaşılan Güçlükler .....	53
4. BULGULAR.....	54
4.1. Kantitatif Yöntemle Elde Edilen Bulgular.....	54
4.1.1. Çiftlerin Tanımlayıcı Özellikleri, Evlilik ve İnfertilite Öykülerine Yönelik Bulgular.....	54
4.1.2. Çiftlerin Evlilik Uyumu ve Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulgular .....	56
4.2. Kalitatif Yöntemle Elde Edilen Bulgular ve TARTIŞMA .....	67
4.2.1. Çiftlerin Tanımlayıcı Özellikleri, Evlilik ve İnfertilite Öykülerine Yönelik Bulgular.....	67
4.2.2. Çiftlerin Evlilik Uyumlarına Yönelik Bulgular ve Tartışma .....	67
4.2.3. Çiftlerin Yaşam Kalitelerine Yönelik Bulgular ve Tartışma .....	83
5. TARTIŞMA (Kantitatif Bölüme Ait Tartışma).....	111
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	129
7. KAYNAKLAR .....	136
8. EKLER (FORMLAR, ETİK KURUL KARARI, TELİF HAKKI İZİNİ).....	145
9.ÖZGEÇMİŞ.....	161

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Evli Bir Çiftin Gelişimsel Döngüsü .....	27
Tablo 2. Evlilik Uyumu İle İlişkili Faktörler .....	34
Tablo 3. Çalışma ve Kontrol Grubunun Yaş, Eğitim ve Çalışma Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması .....	54
Tablo 4. Çalışma ve Kontrol Grubunun Gelir Düzeyi ve Evlilik Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması .....	55
Tablo 5. Çalışma Grubunun İnfertilite Öyküsü .....	56
Tablo 6. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadın ve Erkeklerin ÇUÖ Kesim Puanına Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması .....	56
Tablo 7. Grupların TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	57
Tablo 8. Gruplardaki Kadın ve Erkeklerin TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	58
Tablo 9. Gruplar Arası Kadın ve Erkeklerin TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarına Göre Karşılaştırılması .....	58
Tablo 10. Çalışma Grubunda İnfertilite Nedenine Göre TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	59
Tablo 11. Çalışma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin İnfertilite Nedeni İle TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	60
Tablo 12. Çalışma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması, Yaş İle ÇUÖ Puanları Arasındaki Korelasyon .....	61
Tablo 13. Çalışma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre TDSÖYKÖ-KF Puanları Arasındaki İlişki, Yaş İle TDSÖYKÖ-KF Puanları Arasındaki Korelasyon.....	62
Tablo 14. Çalışma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Eğitim Seviyesine Göre TDSÖYKÖ-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	63
Tablo 15. Cinsiyete Göre İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkilerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması .....	64
Tablo 16. Çalışma Grubunda TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ...	65
Tablo 17. Kontrol Grubunda TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ....	66



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İÜ İTF	: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
WHOQOL	: World Health Organization Quality Of Life
TDSÖYKÖ-KF	: Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form
DAS	: Dyadic Adjustment Scale
ÇUÖ	: Çift Uyum Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
IVF-ET	: In-Vitro Fertilizasyon- Embriyo Transferi
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
GIFT	: Gamet Intra-Fallobian Transfer

## ÖZET

ONAT BAYRAM, G. (2009). İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, Doktora Tezi, İstanbul.

İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkilerini belirlemek amacıyla planlanan çalışma, “yöntem çeşitleme-methodological triangulation” metodunun kullanıldığı bir olgu-kontrol çalışmasıdır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Anabilim Dalı’nda (İÜ İTF REİ AD) tedavi gören, 58 primer infertil çift olgu grubuna, İÜ Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi’ne başvuran 51 sağlıklı çift ise kontrol grubuna dahil edilmiştir. Araştırmanın kantitatif olan kısmında katılımcılara “tanıtıcı bilgi formu”, “Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form” (TDSÖYKÖ-KF), “Çift Uyum Ölçeği” (ÇUÖ) yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Çalışmanın kalitatif bölümünde ise; İÜ İTF REİ AD’nda tedavi gören çocuk sahibi olmuş 16 kişi ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır.

Araştırmanın kantitatif bulgularında; araştırma ve kontrol grubunda her iki cinsten de evlilik uyumlarının yüksek olduğu, gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Araştırma grubundaki çiftlerin TDSÖYKÖ-KF tüm alt alan puanlarının ve ÇUÖ puanlarından; çift uyumu ve sevgi gösterme puanlarının kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu; katılımcıların TDSÖYKÖ-KF puanlarının artması halinde ÇUÖ puanlarının da arttığı görülmüştür.

Kalitatif veriler doğrultusunda; infertilite tedavisiyle çocuk sahibi olan kişilerde; yaşam kalitesi alanlarından ruhsal sağlık olumlu yönde etkilenirken, doğumdan sonraki ilk iki yılda bedensel ve cinsel sağlık, sosyal alan ve iş yaşamının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak; infertil çiftlerde yaşam kalitesi ve evlilik uyumunun kontrol grubundan daha yüksek olduğu, cinsiyetlerarası farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Kalitatif veriler sonucunda ise; infertilite deneyimlemiş çiftlerde genel yaşam kalitesinin bozulduğu ancak evlilik bağlarının çocuk sahibi olmadan önceki kıyasla güçlendiği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, yaşam kalitesi, evlilik uyumu

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: T- 1826.

## ABSTRACT

ONAT BAYRAM G. (2009). Effects of Infertility on Quality of Life and Marital Adjustment. Istanbul University, Institute of Health Science, Gynecologic and Obstetric Nursing, Doctorate Thesis. Istanbul.

This study was planned to investigate infertility's quality of life and marital adjustment effects. It was a case-control study which used methodological triangulation. 58 primary infertile couples were included for the case group who were treated in the Istanbul University Istanbul Medical School (IU IMS) Reproductive Endocrinology and Infertility Department (REID). 51 healthy couples were included for the control group from the IU IMS Women and Child Health Education and Research Department. For the quantitative section; "informative form", "World Health Organisation Quality Of Life Instrument-Bref"(WHOQOL-BREF-TR) and "Dyadic Adjustment Scale" (DAS) were administered by the researcher face-to-face. For the qualitative section, 16 people were chosen who have children before had treated (as a result of the treatment) in the IU IMS REID. In-depth interviews were conducted with these people by using semi-structured form.

In the quantitative findings, it was found that women and men in the case and control groups have high level of marital adjustment, no significant differences in two groups for DAS cut off score. Case group's WHOQOL-BREF-TR all sub-dimension scores; DAS "dyadic consensus" and "affectional expression" scores were higher than the control's. There was an increase in quality of life scores among men and women due to the positive effect of marital adjustment in two groups.

In the qualitative findings, it was found that mental health was positively affected in people who have a child as a result of the infertility treatment. On the other hand, physical, sexual health, social and work lives were negatively affected especially during the first two years after delivery.

In conclusion, it was found that, quality of life and marital adjustment were higher in case group compared to control group, and there was no difference between genders. On the other hand, according to the qualitative findings, it was determined that, while general quality of life was deteriorated, the marital relationship strengthened with having a child compared to childless period among people who have experienced infertility.

**Key Words:** Infertility, quality of life, marital adjustment

The present work was supported by the Research Fund of Istanbul University. Project No: T-1826.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite en az 1 yıllık korunmasız cinsel ilişki olmasına rağmen, gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanır (Oğuz 2004; Monga ve ark 2004). Çiftlerin % 8-16'sı hayatlarının herhangi bir döneminde çocuk sahibi olmakla ilgili güçlükler yaşamaktadırlar (Monga ve ark 2004).

Çocuk sahibi olmak, insan yaşamının önemli aşamalarından biridir. Sağlıklı ve başarılı çocuklar yetiştirmek, her evli çiftin özlem duyduğu bir olgudur (Demirci 2001). İnfertilite, eşlerin her ikisi için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli ve ekonomik olarak pahalı olan, karmaşık bir yaşam krizidir. İnfertilite basit bir jinekolojik rahatsızlık değil, biyolojik, sosyal, kültürel ve psikolojik boyutları olan bir sağlık sorunudur. Genellikle infertilitenin psikososyal etkileri, yaşam kalitesinin bileşenlerini olumsuz yönde etkiler. En çok etkilenen alanlar; mental sağlık, emosyonel davranışlar, çevre, psikoloji, fiziksel ve sosyal fonksiyonlardır. Ayrıca infertil kadınların, infertil erkeklere kıyasla yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiği görülmüştür (Peterson ve ark 2003; 2006). Literatürde infertilitenin etkilerinin çiftlerin her ikisi üzerinde de görüldüğü, infertil bir kişinin baş etme durumunun diğer eşin infertilite stresine karşı gösterdiği kişisel tepkiden etkilendiği bildirilmektedir (Peterson ve ark 2003; 2006).

Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluklar yaşarlar. İnfertilite tanısı, çiftlerin evlilik yaşantısında, daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir. Bu kriz çiftler için, hem bireysel hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken bir durumdur (Albayrak ve Günay 2007; Özçelik ve ark. 2007).

İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalarda, cinsiyetler arası farklılıkların olduğu belirlenmiştir (Benazon ve ark. 1992; Monga ve ark. 2004). Vaka-kontrol çalışmalarında erkeklerin yaşam kalitesi ve evlilik uyum ölçeklerinden aldıkları puanlar kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı fark bulunmazken, kadınların yaşam kalitesi ve evlilik uyumu daha düşük bulunmuştur. Literatürdeki araştırmalar, özellikle kadınların infertiliteye gösterdiği kişisel tepkilere odaklanmıştır. Bu araştırmalarda aynı duruma infertil kadının eşinin verdiği tepki göz ardı edilmiş, infertil bir kişinin deneyiminin eşini nasıl

etkilediği üzerinde durulmamıştır (Greil 1997). “Aile Sistemleri Teorisi”ne göre aile üyelerinden birinde hastalık olduğunda etkisini sadece hasta birey üzerinde göstermez; bu etki tüm aile sistemleri üzerine yansır. Bu teoriye göre; kişiler ilişkide buldukları diğer kişilerle birlikte ele alınmalıdır. Ayrıca literatürde bir kişinin yaşam kalitesinin, eşinin yaşam kalitesinden etkilendiği bildirilmektedir (Andrews ve ark 1991; Greil 1997).

Araştırma infertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışma; nicel ve nitel araştırma yaklaşımlarının bir arada kullanıldığı “Yöntem Çeşitleme-Methodological Triangulation” yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Yöntem çeşitleme; bir çalışmada birden fazla araştırma yönteminin birlikte kullanıldığı bir araştırma yaklaşımıdır. Bu yöntemle bulguların bütünlüğü, güvenilirliği ve kalitatif yöntemlerin geçerliliği sağlanır (Carpenter ve Speziale 2007; Genç 2009). Niteliksel araştırma tasarımları mevcut fenomeni bütün boyutlarıyla tanımaya ve anlamaya yöneliktir. Bu nedenle niceliksel ve niteliksel araştırma tasarımlarının birlikte kullanıldığı araştırmalar daha etkin ve bilimsel bulunmaktadır (Birkök 2008; Carpenter ve Speziale 2007).

Yapılan literatür taramasında ülkemizde infertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumuna etkisini araştıran, çiftlerin her ikisinin de ele alındığı, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu konuda bir ilk olacağı ve sonraki çalışmalara zemin oluşturacağı, elde edilecek bulguların ülkemiz sağlık literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bilgiler ışığında çalışma; infertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkilerinin ortaya çıkarılması amacıyla planlanmıştır. Araştırmada infertilitenin, çiftlerin evlilik ilişkisine olan etkisini bilmenin, aile merkezli verilen hemşirelik bakımında yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu doğrultuda planlanan araştırma soruları şunlardır:

1. İnfertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri nelerdir?
2. İnfertilitenin evlilik uyumu üzerine etkileri nelerdir?
3. İnfertilitenin evlilik uyumu ve yaşam kalitesine etkisinde cinsiyetler arasında fark var mıdır?
4. İnfertilite deneyimlemiş çiftin evlilik ilişkisinde ve yaşam kalitesinde çocuk sahibi olduktan sonra ne gibi değişiklikler olur?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İNFERTİLİTE

#### 2.1.1. İnfertilitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre infertilite; 1 yıl boyunca herhangi bir kontraseptif yöntem kullanılmaması ve haftada 4-5 kez düzenli yapılan cinsel ilişkiye rağmen gebe kalınmaması durumudur (Drosdzol ve Skrzypulec 2008; Taşkın 2005; Peterson ve ark. 2003).

Daha önce hiç gebelik oluşmamasına **primer infertilite**, buna karşılık daha önce gebelik oluşmasına rağmen bir başka gebeliğin oluşmamasına **sekonder infertilite** denir. Ayrıca kadın yaşamının bazı dönemlerinde (puberte öncesi, menarş sonrası ilk aylar, gebelik dönemi, laktasyon, postmenepozal dönem) gebeliğin oluşması çok zor hatta imkansızdır. Bu durum **fizyolojik infertilite** olarak isimlendirilmektedir (Gürbüz 2007; Taşkın 2005).

#### 2.1.2. İnfertilite Sıklığı

İnfertilite dünya genelinde evli çiftlerin %10-18'ini etkiler (Drosdzol ve Skrzypulec 2008). İnfertilite üreme çağındaki kadın ve erkeklerin %15'ini ilgilendiren, bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur (Aktürk 2006).

Herhangi bir ülkedeki infertilite düzeyi bir çok faktöre bağlıdır. Örneğin tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), doğum ya da kürtaj sonrası ciddi enfeksiyonlara sık rastlanması ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin sınırlı olması en önemli faktörlerdir. Çocuksuzluğun diğer önemli nedenleri arasında spontan düşükler, ölü doğumlar ve bebek ölümleri de vardır (<http://www.saglik.gov.tr/extras/aileplanreh/bolum9.pdf>).

Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40-49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1,3), Ürdün (%2,2), ve Suriye (%2,9)'dir. Buna karşılık özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite hızları izlenmektedir. Örneğin Zaire'de Mbelo'da 45-49 yaşındaki kadınların %65'i çocuksuzdur (Aktürk 2006).

Amerika'da sağlık bakım uygulayıcıları, infertilite insidansının %15 olduğunu, yani her 6 çiftten birini ya da 4,8 milyon kadını etkilediğini bildirmektedirler (Aktürk 2006; Belker ve Cook 1987).

Finnish Health 2000 çalışma raporuna göre; 20-54 yaş arasındaki kadınların %17,6'sı hayatlarının bir bölümünde infertilite deneyimi yaşamaktadırlar (Repokari ve ark. 2007).

İnfertilite görülme sıklığının %10-15 olduğu bilinmektedir (Kennedy ve ark 1998; Oğuz 2004; Özçelik ve ark. 2007; Albayrak ve Günay 2007; Cwikel ve ark. 2004). Türkiye'de 11 milyon evli çift olduğu düşünüldüğünde, 1,1 milyon infertil çift olduğu tahmin edilebilir (Terzioğlu ve ark. 2008). Ülkemizde 1990 nüfus sayımı sonuçlarına göre 15-49 yaş arası evli kadın oranı %23 olup, bu da 31,3 milyon kadın olarak hesaplanmaktadır. İnfertilite insidansı da %8,5 olarak kabul edildiğinde 1,5 milyon kadın ve dolayısıyla çifte karşılık gelip en az 3 milyon kadar insanımızı direkt etkilemektedir. Bu da çocuk özlemi olan büyük bir nüfus demektir. 1993 nüfus sayımı sonuçlarına göre ise hiç doğum yapmayı, doğum yapmasının mümkün olmadığını söyleyen kadınların oranı %9,5 olarak saptanmaktadır (Aktürk 2006).

Bazı bulgular son yıllarda infertilite oranlarında artma olduğunu göstermektedir. ABD'de 20-24 yaş grubundaki kadınlarda 1965'den beri infertilite oranında yaklaşık 3 kat artış olduğu bildirilmektedir. Bu durum tanı yöntemlerindeki gelişmelerle, infertilite tanısının ve nedenlerinin saptanmasındaki artış, potansiyel tedavi rejimlerinin çoğalması ve sigorta kampanyalarının bu müdahalelerin bazılarını ayırdıkları ödeneklerin artmasına bağlanmaktadır. Ayrıca evlilik yaşının artması dolayısıyla gebe kalma yaşının ilerlemesi, intrauterin araç ve kontraseptiflerin kullanılması, cinsel yolla geçen hastalıkların artışının da etkileri olduğu düşünülmektedir (Oğuz 2004).

### **2.1.3. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler**

Fertilite çeşitli faktörlere bağlı olarak etkilenir. Bu faktörler arasında kadın ve erkeğin yaşı, koitus sıklığı ve koitusun zamanlaması en önemli faktörlerdendir (Oğuz 2004; Taşkın 2005).

**1- Yaş Faktörü:** Yaş faktörü fertilitiyi etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Kadın ve erkek için fertilitenin en yüksek olduğu dönem 24-25 yaşlarıdır. Yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma meydana gelmektedir. Yaşla birlikte overlerde folikül kalitesinde azalma görülmekte; fertilize olan ovumun implantasyon şansı düşmektedir (Taşkın 2005; Oğuz 2004).

Fertilite hızı kadında 30 yaşından sonra düşer. 15-24 yaş arasındaki kadınların %4'ünde azalmış fekditeye (ovum rezervi) rastlanırken; bu oran 25-34 yaş arasında

%13'tür. 40 yaşındaki kadınların %33'ü, 45 yaşındakilerin ise %87'si infertildir (Taşkın 2005; Oğuz 2004).

Yaşla birlikte kromozomal anomalilerin insidansı ve spontan abortus oranı da artmaktadır. Klinik olarak tanınabilen abortus oranı 30 yaşına kadar %10 iken; 30 yaşların sonunda %18'e; 40 yaşların başında ise %34'e çıkar. Ayrıca 30'lu yaşlara girildiğinde endometriyozis, pelvik infeksiyon gibi fertilitiyi etkileyebilecek bir takım hastalıkların görülme ihtimali de artar. Çiftlerin doğurma yaşını bilerek geciktirmeleri, ilerleyen yaşla birlikte cinsel aktivitenin azalması da dolaylı olarak yaş faktörü içine dahil edilebilir (Oğuz 2004). Yaş ilerledikçe çevresel olumsuz faktörlere maruz kalma ihtimali de artar. Bunlar fertilizasyon ve implantasyon ihtimalini de etkileyebilir (Oğuz 2004).

**2- Koitus Sıklığı:** Gebe kalmak isteyen çiftlere haftada en az 4 kez cinsel ilişkide bulunmaları önerilir. Yeterince sık cinsel ilişkide bulunmama, infertilitenin çok sık rastlanan nedenidir (Taşkın 2005). Ayrıca infertilite ile ilişkili stresin, cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olduğu ve cinsel ilişki sıklığını azalttığı bildirilmektedir. Monga ve arkadaşlarının (2004) 18 infertil çift ve 12 sterilizasyon istemiyle başvuru yapan çiftler arasında yaptığı çalışma sonucuna göre, infertil erkeklerin sterilizasyon isteyen erkeklere kıyasla International Index of Erectile Function ölçeğinden aldıkları puanların daha düşük olduğu ve cinsel doyum puanlarının daha az olduğu bildirilmektedir. Erkeklerin cinsel doyumunun azalmasının altında psikolojik baskının olduğu düşünülmektedir. Bu baskının koitusun ovulasyon zamanı gerçekleşmesi gerektiği ve gebeliğe ulaşabilme ya da ulaşılama ile ilgili olabileceği belirtilmektedir (Monga ve ark. 2004).

**3- Koitusun Zamanlaması:** Gebe kalma şansını arttıran bir diğer yol, ovulasyon zamanında cinsel ilişkide bulunmadır. Spermin kadın vücudunda 72 saat, ovumun ise 24 saat yaşadığı düşünülürse, bir kadının 28 günlük bir siklusta gebe kalma olasılığı, siklusun ortasına rastlayan 3 gündür (Taşkın 2005).

#### **2.1.4. İnfertilite Nedenleri**

İnfertil çiftlerin; %40-55'inde infertilite nedeni kadında, %25-40 erkekte, %10 her ikisinde, %10'unda ise neden açıklanamamaktadır. Kadına bağlı infertilite nedenleri; %30-40 ovulatuvar disfonksiyon, %30-40 tuba peritoneal faktör, %10-15



nedeni açıklanamayan infertilite, %10-15'inde ise birden çok faktörün bir arada olduğu bildirilmiştir (Aktürk 2006).

Patolojik infertilite nedenlerini üç büyük grup altında toplamak mümkündür.

**A) Genel Nedenler:** Bilgisizlik, cinsel uyumsuzluk, aşırı şişmanlık, ilaç bağımlılığı, hipovitaminozlar (vitamin eksikliğine bağlı görülen hastalık tablosu), protein eksikliği, demir eksikliği anemisi, stres, aşırı alkol, kahve ve sigara alımı, radyasyon ve ağır metal zehirlenmeleri infertiliteyi etkiler (Aktürk 2006).

### **B) Ekstragenital Nedenler**

**1) Hipofizer:** Hipofiz fonksiyonlarının artması ya da azalması sekonder over yetmezliğine neden olur. Hipopituitarizm, kanamaya bağlı dolaşım kollapsı ve hipofiz nekrozu (Sheehan Sendromu), granülomlar, kistler, tümörler, galaktore, amenore sendromları, açlık ve anemi sonucu olabilirler.

**2) Tiroid:** Hipotiroidizm; anovulasyon, infertilite ve abortusla sonuçlanır. Hipertiroidizm; amenore yapacak derecede şiddetli olursa infertiliteye neden olur.

**3) Adrenal:** Adrenokortikal hiperfonksiyon (Cushing Hastalığı) ovulasyonu zayıflatır. Adrenal yetersizlik (Addison Hastalığı), gonadal atrofiye neden olur (Aktürk 2006).

### **C) Genital Nedenler**

#### **Kadına Ait Genital Nedenler**

Organlara Göre Nedenler (Aktürk 2006)

- 1) Vulva ve Vajene Ait Nedenler
- 2) Servikse Ait Nedenler
- 3) Uterusa Ait Nedenler
- 4) Tuba Uterinalara Ait Nedenler
- 5) Over, Hipotalamus ve Hipofize Ait Nedenler
- 6) Metabolik Hastalıklar ve Diğer Nedenler
- 7) Psikik Nedenler

#### **Erkeğe Ait Genital Nedenler:**

- 1) Anormal Spermatogenez
- 2) Anatomik Bozukluklar
- 3) Endokrin Bozukluklar
- 4) Cinsel Disfonksiyonlar

Anatomik anormallikler muhtemelen konjenital vas deferens yokluğu, vas deferensin obstrüksiyonu ve ejakülatuar sistemin anormalliklerinden kaynaklanır.

Anormal spermatogenez, kabakulak orşiti, kromozomal anormallikler, kriptorşidizm, kimyasal ya da radyasyona maruz kalma ve varikosel nedeniyle gelişebilir. Aşırı ısıya maruz kalma, şiddetli alerjik reaksiyon, radyasyona ve çevresel toksinlere maruz kalma, yüksek miktarda uyuşturucu, alkol ve ilaç kullanımı sperm kalite ve sayısını önemli oranda etkiler (Aktürk 2006).

Bazı infertiliteelerde immün mekanizma rol oynayabilmektedir. İnfertil çiftlerin %72'sinde erkeklerde, %13'ünde kadınlarda antisperm antikoru bulunmuştur. Spermilere karşı gelişen tüm antikorumun, aglütinasyona, immobilizasyona veya opsonizasyona (antikorumun, antijenlerde bazı değişikliklere yol açması sonucu, kan ve dokuların lökositlerle çevrilmesi) sebep olarak kadın genital yollarında sperm motilitelerini azalttığı; spermin servikal mukus penetrasyonunu engellediği ileri sürülmektedir (Aktürk 2006).

### **2.1.5. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri**

İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imajlarını olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir (Taşçı ve Özkan 2007; Kennedy ve ark 1998; Oğuz 2004). İnfertilitenin bedensel sağlıktan çok toplumsal ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkileri vardır. İnfertil kişiler bu durumu ağır bir özür olarak kabul etmekte, yaşadıkları yetersizlik duygusu sonucunda, zamanla çevrelerinden izole olmaktadır (Taşçı ve Özkan 2007). İnfertil çiftlerin verilen sağlık hizmetinde, içinde buldukları psikososyal ve psikocinsel durumunun tanınması ve gerekli girişimlerin yapılması bütüncü sağlık bakımı verilmesinde oldukça önem taşımaktadır (Oskay ve ark 2009).

### **2.1.6. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri**

Toplum için çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan bir unsurdur. Çocuk, kişiler için yaşlılığın ve bakımın bir güvencesi olarak görülürken, ekonomisi tarıma dayalı toplumlar için de önemli bir iş gücü olarak değerlendirilmektedir. Bazı toplumlarda ise çocuk sahibi olmak kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran önemli bir faktördür. Bütün bu nedenler çocuk sahibi olamayan çiftlerin, toplumun da etkisiyle daha fazla psikolojik baskı altında kalmasına yol açmaktadır (Albayrak ve Günay 2007). Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal

bir damgalanma yaratır ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır (Taşçı ve Özkan 2007; Dyer ve ark. 2002).

İnfertilite aynı zamanda tüm aile için de bir kriz sürecidir. Ailelerin infertiliteye olan yanıtları, destekleyici olabildiği gibi yaralayıcı da olabilmektedir. Nijerya gibi pek çok Afrika ülkesinde infertiliteden genellikle kadın sorumlu tutulduğu için, çocuksuz evlilikleri olan erkeklere aileleri tarafından başka bir evlilik yapması yönünde baskı uygulandığı bildirilmiştir (Orji ve ark. 2002; Opong ve Orji 2006). 192 infertil çiftle Çin’de yapılan bir çalışma bulgusuna göre; erkeklerin %20’si, kadınların %37’si “infertilitenin kadın için utanç verici” olduğunu düşünmektedir. Çiftlerin %60’ından fazlası kendilerini “baskı altında hissettiklerini, %50’sinden fazlası da “cinsel ilişki sırasında baskı altında olduklarını” bildirmektedir (Lau ve ark. 2008).

İnfertilite bazen kadının aile içi şiddete maruz kalmasına da neden olabilmektedir. Nijerya’da yapılan bir çalışmada 97 kadın, infertil olduğu için aile içi şiddet yaşadığını bildirmektedir (Ameh ve ark. 2007). Leung ve arkadaşlarının (2003) 500 infertil kadınla yaptığı araştırmada, kadınların %1,8’inin eşleri tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Bu durum şiddet mağdurlarının emosyonel iyilik haline belirgin zararlar vermiş, yaşam kalitesine ait psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt gruplarından düşük puanlar almalarına neden olmuştur (Leung ve ark. 2003). Unisa (1999)’nın çalışmasında ise infertil kadınların eşlerinin, %4’ünün başka bir kadınla ilişkisi olduğu, %12’sinin birden fazla ilişkisinin olduğu, %4’ünün ise boşanmak istediği belirlenmiştir (Unisa 1999).

İnfertilitenin bir başka etkisi de uzun süreli arkadaşlıkların bozulmasına yol açabilmesidir. İnfertil bireyler, arkadaş çevresiyle onların doğurganlığına olan öfkelerinden dolayı ilişkilerini uzak tutma eğiliminde olabilirler (Oğuz 2004).

### **2.1.7. İnfertilite Krizi**

İnfertilite tanısı, çiftlerin evlilik yaşantısında, daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir. Bu kriz çiftler için, hem bireysel hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken bir durumdur (Albayrak ve Günay 2007; Özçelik ve ark. 2007).

#### **İnfertilite Krizinin Evreleri**

- Şok, inanmama ve inkar
- Anksiyete

- Kontrol kaybı
- Yalnızlık ve yabancılaşma
- Suçluluk ve öfke
- Depresyon ve yas
- Gerçekleri kabul etme ve uyum
- Çözümleme

İnfertilite krizinde ilk evre **şok ve inanmama evresidir**. Çift infertilite olasılığına hazırlıksızdır, sürekli bir gebelik ümidi vardır ve adet döneminde gerginlik ve ümitsizlik yaşarlar. Şok evresini **inkar evresi** izler. Bu evrede çiftler, çocuk sahibi olamamanın nedenini yaşadıkları yoğun stres, yorgunluk, geçirilen grip ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye girmeme gibi gerekçelerle geçiştirmeye çalışır. Bir sonraki evre olan **anksiyete evresi'nde** infertilite tedavisi gören kadın, bedeni 'işgal ediliyor' veya 'saldırıya uğruyor' gibi hissedip yoğun korku yaşayabilir. Kişilerde eşi tarafından terk edilme endişesi ortaya çıkar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde 'yetersiz ve eksik' olmaktan, ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. Eşler tıbbi yardım almaktan utanabilir. Tetkikler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyete artar (Özçelik ve ark. 2007).

İnfertilite tedavisi sırasında çiftler **kontrol kaybı** duygusuna kapılabilirler. Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Çünkü kişilerin bedenleri ve cinsel yaşamları mercek altına yatırılır. Aylar ilerledikçe IVF (in-vitro fertilizasyon) sürecinin yarattığı hasar gittikçe artar ve çiftin mücadele kapasitesi ve kaynakları gittikçe azalır. Kadında her ay menstruasyonun başlaması kayıp hissini tetikler. IVF başarısız olursa, çift yavaş yavaş biyolojik yolla çocuk sahibi olamayacakları gerçeğini kavramaya başlar ve acılı süreç yoğunlaşır (Oğuz 2004; Özçelik ve ark. 2007).

Yukarıda bahsedilen duyguların devam etmesi eşlerde **yalnızlık ve yabancılaşmaya** yol açar. Bu evrede, kişiler hamile kalan arkadaşlarını gördükçe, onlarla paylaşacakları ortak şeylerin azaldığına, arkadaşlarının onların infertilite ile ilgili sorunlarından sıkıldıklarına inanmaya başlarlar. Kendilerini 'farklı' ya da 'kusurlu' gibi görüp utanırlar. Destek ve öneriye açık olan infertil çift acınma ve merhamet istemez. Karı-koca sadece dış dünyadan değil, birbirinden de uzaklaşır ve yabancılaşır (Özçelik ve ark. 2007).

İnfertiliteyle mücadele eden çiftin yaşayabileceği diğer bir evre **suçluluktur**. Eşler diğerinin anne-babalık rolünü yerine getirmesine engel olduğunu düşünüp kendisini suçlu hisseder. Bu duygulara ait oldukları kültürün gereği olarak önemli bir toplumsal rolü gerçekleştirememenin suçluluğu da eklenebilir. Eğer infertilite nedeni cinsel yolla bulaşan bir hastalık ise, kişi daha önceki cinsel davranışları ve yaşantıları için kendini suçlayabilir. Bazen infertilite nedeni önceki bir küretaj olabilir. Böyle bir durumda kadın Tanrı tarafından cezalandırıldığı düşüncesine kapılabilir. Suçluluk duyguları kişinin kendisini yalıtması ile sonuçlanır (Özçelik ve ark. 2007).

İnfertil çiftleri bekleyen sonraki evre **öfke evresidir**. İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları, eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları, kötü olayları hatırlamaya yöneltir. Eşler düşmanlık ve kin duyguları ile kendisini ya da ötekini suçlamaya başlayabilir. Eşlerden biri çocuk sahibi olma kararını geç almış olmaktan dolayı ya da fertilitate sorununa neden olduğu için diğer eşe öfkelenebilir. Neslin sürmesiyle ilgili olarak ‘son nesil’ olmak bireyde varoluşsal bir kriz yaratabilir. Karı/koca kendinden özveride bulunarak boşanma önerisini gündeme getirebilir ya da ciddi bir intihar girişiminde bulunabilir (Özçelik ve ark. 2007).

Yadsıma, suçluluk ve öfke duyguları ile baş edemeyen çift, bir noktada umutsuzluğa kapılmaya başlar ve bitkin düşer. Günlük yaşamdan zevk almamaya başlar ve hemen her şeye karşı ilgi ve istek kaybı, belirsiz bir gelecekle ilgili kayıp yaşar. Bu kayıp duygusu savaşta yakınından haber alamayan birinin kaybına benzer. Kaybolan kişinin sonu belirsizdir, durumla ilgili bir açıklama getirilemez ve cenaze töreni düzenlenemez, ancak o kişinin geri gelmeyeceği bilinir. **Depresyon ve yas** bu kayıp duygusuyla ilişkilidir. Çift sadece biyolojik bir çocuğu değil, ideal aile ve çocuk fantezilerini de kaybeder (Özçelik ve ark. 2007).

Daha sonra gerçekleri **kabul etme ve uyum evresi** gelir. Bu evrede eşlerin durumlarını gerçeğe uygun algılamaları ve durumlarıyla ilgili duygularını tanımları ve kabullenmeleri gerekir. İnfertilite krizi ile sağlıklı bir şekilde baş edebilen çiftler yavaş yavaş **çözülme (resolution) evresine** ilerler. Yadsıma yerine gerçekler kabul edilir. Yaşanan olumsuz duygularla baş etme yolları bulunur. Çözülme her zaman çiftin sonsuza kadar mutlu yaşaması anlamına gelmez. Bazen eşler boşanıp, başka evlilikler kurma kararı verir. Bazı çiftler menopoza kadar gebe kalma çabalarını sürdürürken, bazıları IVF’ten vazgeçerek sorunu kadere bırakır. Tedaviden vazgeçen çiftler kayıpları için yas tutar ve duygusal olarak anne-babalık dışında kendilerini ödüllendirecek başka

yollara yönelir. Bir kısım infertil çift evlat edinme, vericiden ovum, sperm ya da embriyo transferi ve kiralık gebelik seçeneklerini araştırır (Özçelik ve ark. 2007).

İnfertilitenin yarattığı etkiler, IVF tedavisi sonunda gebelik sağlanmış olsa bile, hemen ortadan kalkmayabilir. Ayrıca, çifti duygusal yüklerle dolu yeni ‘sürprizler’ (çoğul gebelik, prematürite gibi) bekleyebilir (Özçelik ve ark. 2007).

İnfertilite krizinin başka bir şekilde evrelendirilmesi de Blenner tarafından yapılmıştır. 25 infertil çift üzerinde yapılan çalışma sonucunda Blenner infertiliteye özgü 8 evre ileri sürmüştür (Oskay ve Kızılkaya 2001). Bu evreler şunlardır:

Blenner’ın infertilite krizi evreleri:

- Olayın farkına varma: Problemin farkına varılır.
- Geçekle yüzleşme: Neden ben? sorusu gündeme gelir.
- Umut ve azim: Tedavi süreci başlar.
- Tedavinin yoğunlaşması: İnfertilite tedavisi yaşamın odağı haline gelir.
- Kısır döngü: Başarısız tedavi sonuçları üzüntü yaratır.
- Tedaviye devam: Yaşamın adaletsiz olduğu kabul edilir ve tedavi

sürdürülür.

- Tedavinin bırakılması: Uğraşlar sonuçsuz olduğundan çift pes edebilir.
- Odak değiştirme: Yas tutma, boyun eğme, evlat edinme ve çocuksuz

yaşam gibi çözümlerden birine karar verilir.

### **2.1.8. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikolojik Etkileri**

‘Kısır’ tanısı benlik saygısında azalma, kendini yetersiz hissetme, suçluluk gibi duyguların yaşanmasına neden olabilir (Özçelik ve ark. 2007). İnfertil kadınlar arasında yapılan çalışma sonuçlarına göre; infertil kadınlarda depresyon, anksiyete görülme sıklığı ve psikolojik semptomların şiddeti sağlıklı kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Opkong ve Orji 2006; Özkan ve Baysal 2006; Yılmaz 2006; Fido 2004). Kayseri’de 151 primer infertil ve 150 fertil kadın üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre ise; infertil kadınların sürekli kaygı düzeyi, fertil kadınlardan daha yüksek, durumluk kaygı düzeyi daha düşük bulunmuştur (Albayrak ve Günay 2007). Sosyo-ekonomik koşulların düşük olması, aile bireyleri ile aynı evde ikamet etme, eğitim düzeyinin düşük olması ve kadının çalışmaması, infertil kadınlarda depresyonu oluşturan faktörler olarak belirlenmiştir (Yılmaz 2006; Tezcan ve ark. 1996). Eşten ve eşin ailesinden destek görmeme, uzamış tedavi süreci depresyon ve anksiyeteyi arttıran

bir başka neden olarak bildirilmektedir (Albayrak ve Günay 2007; Opkong ve Orji 2006; Yılmaz 2006).

Amerika’da 121 infertil çift üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre; kadınların %13’ünde şiddetli depresyon bulgusu olduğu, yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları mental sağlık puanlarının normal değerlere kıyasla düşük olduğu belirlenmiştir (Nelson ve ark. 2008). Üreme ile ilgili sorunların kadının eşi ya da ailesi tarafından suç olarak değerlendirildiği Nijerya’da ise infertil kadınlarda depresyon görülme oranı %37, anksiyete sıklığı %43 olarak bildirilmektedir (Opkong ve Orji 2006; Dyer ve ark. 2005).

Sosyal desteği olmayan infertil kadınlarda depresyon ve kaygı belirtilerinin de daha fazla olduğu bildirilmektedir (Albayrak ve Günay 2007; Yılmaz 2006). Gülseren ve arkadaşlarının (2006) 107 primer infertil, 63 sağlıklı kadın üzerinde yaptığı çalışmada, eşi ile ilişkilerini “kötü” olarak tanımlayan ve infertil olduğu için eşinin ailesi tarafından baskıya maruz kalan kadınlarda psikolojik semptomların şiddetinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Gülseren ve ark. 2006).

İnfertilite kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de bazı psikolojik semptomların yaşanmasına neden olmaktadır. İnfertil çiftler arasında yapılan çalışma sonuçlarına göre; erkeklerde depresyon sıklığının yaygın olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Shindel ve ark. 2008). İnfertil erkeklerin kontrol grubuyla kıyaslandığı başka bir çalışmada ise, depresyon düzeylerinin daha yüksek bulunduğu belirlenmiştir (Beutel ve ark. 1999).

### **İnfertil Kişilerde Görülebilecek Psikolojik Yanıtlar** (Kennedy ve ark 1998; Oğuz 2004)

#### **Emosyonel Tepkiler**

- Şok-inkar
- Öfke-hayal kırıklığı
- Suçluluk
- Anksiyete
- Yas ve depresyon

#### **Kontrol Kaybı**

- Aktivitelerde, beden ve duygularda kontrol kaybı
- Hayattaki amaçlarla ilgili gelecek planları yapamama

#### **Kişilik, Özgüven ve İnançlara Etkisi**

- Özgüven kaybı, yetersizlik duyguları
- Kişilik problemleri veya değişimleri

- Dünyaya bakış açısının değişmesi

### **Sosyal Etkileri**

- Evlilik ilişkisi ve memnuniyetine etkisi
- Cinsel fonksiyonlara etkisi
- Sosyal ilişkilerde güçlükler
- İş arkadaşlarıyla ilişkilerde bozulma
- Yalnızlık, utanç

### **2.1.9. İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerindeki Etkileri**

İnfertilitenin neden olduğu psikolojik stresten kadınların erkeklere oranla daha fazla etkilendiği bildirilmektedir. Kadınlar daha fazla depresyon ve anksiyete yaşamaktadırlar (Taşçı ve Özkan 2007; Peterson ve ark. 2006; Wischmann 2005). Eski çağlardan beri kadının aile ve toplumdaki rolü her zaman çocuk bakımı ve doğurganlık ile ele alınmıştır. Kadının eğitim ve ekonomik özgürlüğünün sınırlı olduğu gelişmekte olan toplumlarda kadın, toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını kullanmaktadır. Özellikle kadının çalışmadığı, geleneksel aile yapısındaki toplumlarda çocuk sahibi olmak, kadın için kabul ve saygıyı da beraberinde getirmektedir. Çocuğu kadın doğurduğu için, infertilite durumunda hep kadın suçlanmaktadır. Hatta daha ileri gidilerek, çocuğu olmayan kadın horlanmakta, uğursuz sayılmakta, “kuruyan nehir” ve “yeşermeyen ağaç” gibi benzetmelere maruz kalmaktadır (Taşçı ve Özkan 2007; Albayrak ve Günay 2007).

İnfertilite durumuna verilen tepkiler açısından da kadın ve erkek arasında önemli farklar mevcuttur. Stresin dışavurumunda cinsiyet farkları da önemlidir. Kadınlar rahatsızlıkları ile ilgili daha çok konuşurken, erkekler sanki daha az sorun yaşıyorlarmış gibi davranırlar. Kadınlar infertiliteyi daha kişiselleştirirken, kadınlık rollerinin değersizleştiğini düşünmekte, etiketlenmiş olduklarına inanmakta, kayıp duygusu yaşamakta, özgüvenlerinde azalma meydana gelmektedir. Ayrıca infertilite sebebi kime ait olursa olsun, kadınlar daha çok suçluluk duygusu hissetmekte ve daha çok sorumluluk almaktadırlar. Erkeğin infertil olduğu ortaya çıksa bile kadınlar hala fertiliteleri konusunda şüphe taşımaya devam etmektedirler. Erkeklerin infertil oldukları durumda her ne kadar erkekler hayal kırıklığı yaşasalar da, değersizlik duygusuna kapılmamaktadırlar. Kadınlar çocuk sahibi olamadıkları ve gebelik deneyimlerini yaşayamadıkları için yas yaşarken, erkekler potansiyel kaybı yaşadıkları ve biyolojik



olarak baba olma yetileri olmadıkları için yas yaşamaktadırlar. Kadınların çocuk istemi ön planda iken, erkeklerde erkek rolünü üstlenme ve ebeveyn olarak sosyal baskıya ait yaptırımın zorlayıcılığının daha ağır bastığı düşünülmektedir. Kadınlarda erkeklerden daha fazla psikolojik problem ortaya çıkması kadınların daha çok girişimsel müdahalelere maruz kalmasıyla da açıklanmaktadır. Daha önce varolan psikopatoloji de infertiliteye verilen tepkiyi etkiler. Aynı zamanda tedavi ekibinin özellikleri ve destekleyiciliği de önemlidir (Oğuz 2004; Yılmaz 2006; Benazon ve ark. 1992).

Araştırmalarda infertil kadınların erkeklere göre daha çok izolasyon duygusu yaşadıkları belirtilmektedir. Kavlak ve Saruhan (2002) 150 infertil kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğunu, kadınların eğitim ve çalışma durumlarının yanı sıra evlilik sayısı, infertilite süresi ve sosyal destek ihtiyacının bu duruma katkı sağlayan faktörler olduğunu bildirmektedir (Kavlak ve Saruhan 2002).

#### **2.1.10. İnfertilitenin Yaşam Kalitesine Etkisi**

Genellikle infertilitenin psikososyal etkileri, yaşam kalitesinin bileşenlerini olumsuz yönde etkiler. En çok etkilenen alanlar; mental sağlık, emosyonel davranışlar, çevre, psikoloji, fiziksel ve sosyal fonksiyonlardır (Peterson ve ark 2003; 2006).

İnfertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalarda, cinsiyetler arası farklılıkların olduğu belirlenmiştir (Monga ve ark. 2004; Ragni ve ark. 2005; Rashidi ve ark. 2008). Yapılan vaka-kontrol çalışmalarında erkeklerin yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar kontrol grubu ile kıyaslandığında, anlamlı fark bulunmazken, kadınların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Monga ve ark 2004; Fekkes ve ark. 2003; Drosdzol ve Skrzypulec 2008). Monga ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında infertil kadınlarda yaşam kalitesinin eşleri ve kontrol grubundaki kadınlara kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur. İki grubun erkekleri arasında yaşam kalitesi açısından farklılık bulunmamıştır. Fekkes ve arkadaşlarının (2003) IVF planlanan 425 erkek, 447 kadın üzerinde infertilitenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerinin aynı yaş grubundaki normal popülasyonla (kontrol grubu) kıyaslandığı çalışmasında; 21-30 yaş grubundaki infertil çiftlerin, özellikle kadınların daha düşük sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Drosdzol ve Skrzypulec (2008)'in çalışmasında ise; infertil kadınların Short Form 36 puanlarının kontrol grubundaki kadınlarınkinden anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada infertil ve

fertil olan erkeklerin yaşam kalitelerinde anlamlı farklılığın olmadığı, fertil ve infertil olan iki gruptaki kadınların yaşam kalitelerinin eşlerinden anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

### 2.1.11. İnfertilitenin Evlilik İlişisine Etkisi

Evlilik, yaklaşık MÖ 2000 yılından günümüze kadar temel niteliklerini koruyarak devam eden ve vazgeçilemeyen bir kültür olgusudur (Fidanoğlu 2006; Yıldırım 1993). Evlenme davranışı, insanoğlunun en temel davranışlarından biridir (Fidanoğlu 2006). Çocuk sahibi olmak genelde her evli çiftin önde gelen beklentilerinden biridir. Başta eşlerin yakınları olmak üzere, çevreleri de aileye yeni üyelerin katılmasını ilgiyle ve merakla bekler. Hatta kimi zaman bu beklentiler baskı niteliğine dönüşerek, eşleri bunaltacak bir hale gelir (Sezer 2004).

Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluklar yaşarlar. Bu olumsuzlukları anlayabilmek için, bir çiftin evlilikte geçirdiği evreleri bilmek gerekir. Özçelik ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında belirtildiği üzere, Dym ve Glenn'e göre; evlilik ilişkisi birbirini döngüsel olarak izleyen 3 evreye ayrılır (Tablo 1). Çocuk sahibi olamamak, ilişkide ulaşılmış olan dengeyi bozabilir ve çift bir önceki evreye geri dönebilir. Yine Özçelik ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında belirtildiği gibi, Nichols evlilik ilişkisini daha değişik biçimde sınıflamıştır (Tablo 1). Çift genişleme evresinde çocuk sahibi olmaya karar verir. Evliliğin bu evresi eşleri en çok zorlayan evredir. Eşler hem kendi bireysel gelişimleriyle, işteki güçlüklerle; hem de infertilitenin tetiklediği varoluşsal krizle başa çıkmaya çalışır. İnfertilite krizi ele alınırken, her çift, evlilik ilişkisinde buldukları evre, evreye özgü yaşadıkları güçlükler ve bu güçlüklerle başa çıkma yolları açısından değerlendirilmelidir (Özçelik ve ark. 2007).

**Tablo 1. Evli Bir Çiftin Gelişimsel Döngüsü** (Özçelik ve ark. 2007)

Yazar(lar), yıl	Evre	Görevler
Dym ve Glenn, 1993	Aileye yeni bireylerin/çocukların katılımı ve vaat (Expansion and promise) Çocukların evden	Bağlanma, eşler birbirine karşı duyarlı, aşk, romantizm Yanlış atıflarla mücadele, eşin gerçekleri ile

	ayrılması ve ihanet (Contraction and betrayal) Çözülme (Resolution)	yüzleşme, farklı yönelimler  Yakınlık ve mesafe bakımından rahatlatıcı bir dengeye ulaşma, istikrar
Nichols, 1998	Flört ve evlilik  Genişleme  Daralma  Anne-babalık sonrası	Evlilik ilişkisinde sınırları belirleme, anne ve babadan ayrılma, iletişim kurma, çatışmayı yönetme ve cinsel ilişki  Çekirdek aile olmaya uyum sağlama Birey ve çift olarak ebeveyn rolünü gerçekleştirme  Anne-baba ile ilişkileri yeniden tanımlama Çift olarak ilişki üzerinde yeniden çalışma, çocukların ayrılışına izin verme, “boş beşik” ile meşgul olma  Azalan yetenek ve donanımlar bağlamında yeni anlam ve tatmin kaynakları bulmak, tüm nesillerle olan ilişkinin yeniden düzenlenmesi

İnfertil bireylerin yaşadığı tüm bu olumsuz duygular, aile dinamiğinin bozulmasına neden olmaktadır (Taşçı ve Özkan 2007). Eşler kendilerini ya evliliklerini sürdürme, ya da çocuk sahibi olma arasında seçim yapmak zorunda kalmış gibi hissederler. Sağlıklı olan eş başka bir evlilik yapmayı düşünmeye başlayabilir. Kısacası, evlilik ilişkisi artık yıkılma tehdidi altındadır ve bu tehdit kişileri ikinci bir kayıp olasılığıyla karşı karşıya bırakır (Özçelik ve ark. 2007). Uzun yıllar süren tedavi, ertelenen çözümler, sosyal beklentilerin baskısı infertil bireylerde ruhsal zorlanmalar yaratarak sosyal ilişkileri ve evlilik ilişkilerini etkilemekte, evlilik ilişkisindeki dinamikleri bozabilmektedir (Oğuz 2004). Yapılan çalışmalarda infertil kadınlar, evlilik ilişkilerinin bu durumdan olumsuz yönde etkilendiğini bildirmektedir (Leiblum ve ark. 1998; Wang ve ark. 2007). Leiblum ve arkadaşlarının (1998) infertilite tedavisinde

başarı sağlanmış 41 çift (grup 1), tedavide başarı sağlanamamış fakat evlat edinmiş 16 çift (grup 2), başarı sağlanamamış ve evlat edinmemiş olan 18 çift (grup 3) üzerinde yaptıkları çalışmada; çocuksuz kadınların infertilitenin evlilik hayatlarını olumsuz yönde etkilediklerini bildirdikleri belirlenmiştir (Leiblum ve ark. 1998).

### **2.1.12. İnfertilite İle Baş Etme Yöntemleri**

Kadın ve erkeklerde infertilite ile başa çıkma mekanizmaları arasında da farklılıklar mevcuttur. Kadınlar genellikle problemlerini paylaşabilecekleri gruplara katılıp, konuyla ilgili okumaya yönelirken, erkekler bu tür aktivitelere pek ilgi göstermemektedirler (Oğuz 2004; Peterson ve ark. 2006). Yapılan çalışmalar, infertil kadınların eşlerine kıyasla daha fazla emosyonel rahatsızlık yaşamalarına rağmen; infertilite ve tedavisi ile baş etmede erkeklerden daha başarılı olduklarını ortaya koymuştur (Hsu ve Kuo 2002). Kadınların infertilite ile ilişkili yaşam memnuniyet düzeyleri, cinsellik, benlik saygısı ve arkadaşlardan kaçınma davranışlarının erkeklerle kıyasla daha fazla olduğu bildirilmektedir (Anderson ve ark. 2003). Bir başka çalışmada kadınların daha çok sorumluluk alma, kaçma, sosyal destek arama ve yüzleşme baş etme metotlarını; erkeklerin ise mesafe koyma, kontrol etme ve planlı problem çözme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (Peterson ve ark. 2006).

## **2.2. EVLİLİK UYUMU**

### **2.2.1. Evlilik Kavramının Tanımı**

Aile toplumla ilgili en küçük sosyal birimdir. Bütün toplumlarda aile birey için hayat merkezi, bireyin içinde bulunduğu en önemli ve asli sosyal grup, üyeleri arasındaki ilişkilerden ve ilişkilerin yapılaşmasından doğan bir kurumdur (Işıloğlu 2006).

Işıloğlu (2006)'nun çalışmasında belirtildiği üzere, Köknel'e göre aile, aralarında evlilik, kan ve çocuk bağları olan, bir çatı altında yaşayan, ortak geliri paylaşan, kendilerine özgü benzer görgü, inanç ve değerleri bulunan, toplumsal rolleri ile iletişim ve etkileşim içindeki insanlardan oluşan en küçük toplumsal kurumdur (Işıloğlu 2006).

Işıloğlu (2006)'nun çalışmasında belirtildiği üzere, Taneli, aileyi bireylerin birbirleriyle kaynaşmasından oluşan ve temel amacı beraberlik olan primer grup olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre ailede amaç, biz olmaktır ve bununla ifade edilmek istenen karşılıklı özdeşim ve sevgidir (Işıloğlu 2006).

Aile bir sosyal grup olarak, temel fonksiyonlara sahiptir. Bunlar şu şekilde özetlenmektedir:

- 1) Aileyi oluşturan çift arasında toplumun onayladığı bir cinsel ilişkiyi sağlar.
- 2) Aile ekonomik işbirliğinin ve işbölümünün sürdüğü uygun bir ortamdır. Çeşitli toplumlarda değişik biçimlerde ortaya çıkan bu işbirliği eşleri birbirine bağlamakla kalmaz; toplumun devamını sağlayan neslin bakılıp büyütülmesini sağlar.
- 3) Yeni doğan çocuğun potansiyelini geliştirmesi, eğitimi vb. konularda işlev görür.
- 4) Aile yetişmekte olan bireye, içinde yaşadığı toplumun kültürel mirası ve değer sisteminin aktarılmasından sorumludur (Akar 2005).

Aile birliği sürekliliğini evlilik kurumuyla sağlar. Aile sosyal bir yapı, evlilik ise bu sosyal yapıyı oluşturmanın meşru yoludur. Ailenin toplumsal yapının temelini oluşturması, bu birliği sağlayan evlilik kurumuna da evrensel bir nitelik kazandırmıştır. Evlenme yalnızca evlenen kadın ve erkeği bir araya getirmekle kalmayıp, eşlerin yaşamlarını paylaşarak, her türlü ihtiyaçlarını karşılamalarında ve çocuklarını meşru olarak dünyaya getirme ve yetiştirmelerinin en mükemmel yolu olarak benimsenmiştir (Sezer 2004).

**Evlilik;** kadın ve erkeğin birlikte yaşamak üzere karşılıklı anlaşma ile kurdukları sosyal bir kurumdur. Bu sosyal yapı aynı zamanda, sevgiyi, cinselliği, arkadaşlığı paylaşmayı ve yaşamın güçlükleri ile güzelliklerini birlikte yaşamayı da beraberinde getirir (Balkan ve ark. 2007).

**Evlilik;** sosyal yapı içinde, mevcut normlara uygun olarak, hukuk ve kültürel değerler açısından meşru bir bağın oluşturulmasıdır (Sezer 2004).

**Evlilik,** hukuki olarak bir kadınla bir erkeği birbirine bağlayan, yaşamı birlikte paylaşmalarını sağlayan bir sözleşmedir (Sezer 2004).

**Evlilik;** birbirinden farklı ilgi, istek ve ihtiyaçlara sahip iki insanın, birlikte yaşamak, yaşantılarını paylaşmak, çocuk yapmak ve yetiştirmek gibi amaçlarla kurdukları bir ilişkiler sistemi, karşılıklı bir dayanışma ve toplumsal onaylamayla gerçekleşmiş bir sözleşme ve tüm toplumsal yasaklamalar dışında tutulan cinsel gereksinmelerin karşılıklı olarak doyuma ulaştırıldığı bir kaynaşmadır (Fidanoğlu 2006).

Evlenme davranışı, insanoğlunun en temel davranışlarından biridir (Fidanoğlu 2006). Evlilik; hemen herkesin hayatında en az bir kez yaşadığı en popüler kurumlardan biridir (Tutarel-Kışlak 1999; Akar 2005).

Evlilikte amaçlanan; kişilerin bir arada yaşamalarını, düzenli bir sosyal yaşam içinde birbirleriyle işbirliği yapmalarını kısacası hayatı paylaşmalarını sağlamaktır (Sezer 2004).

Evliliğin toplum tarafından kabul görmesi için yasalar çerçevesinde onaylanması gerekir. 22.11.2001 tarihinde kabul edilen “Türk Medeni Kanunu”na göre; 17 yaşını doldurmuş her kadın ya da erkek; özgürce, herhangi bir baskı altında kalmadan, evlenme kararı verme hakkına sahiptir (Balkan ve ark. 2007).

#### **Evlilik kurumu temel üç motivasyona dayanır :**

**Biyolojik Motivasyon:** Uzun süreli beraber yaşama ve kendi cinsinden nesiller üretme arzusu, karşı cins ile ilişki hazzı, beraberliği ve kendini koruma arzusudur.

**Psikolojik Motivasyon:** Arzu duyduğu karşı cins tarafından beğenilme, sevilme, sevmeye, kendi çocukları ile beraberliğin sürekli oluşundan duyulan güven ve hazzıdır .

**Sosyal Motivasyon:** Toplumun beklentilerine, yasalarına uyarak yaşamının verdiği rahatlık, toplumda kabul edilen değerlere uyumla kazanılan saygınlık hazzı ve güvendir (Akar 2005).

#### **2.2.2. Evliliğin İşlevleri**

Evlilik hem bireysel hem de toplumsal açıdan kimi zaman doğrudan, kimi zaman dolaylı yollarla pek çok işlevi yerine getirir. Bu işlevler biyolojik, psikolojik, ekonomik ya da sosyal içerikli olabilir. Evliliğin işlevlerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Evlilik, cinsel güdünün sağlıklı ve meşru yoldan doyurulmasına imkan ve ortam sağlar.
- Bireylerin kendilerini aile ve toplum içinde güvende hissetmelerini sağlar.
- Doğacak çocukların dünyaya gelmelerine meşru ortam ve uygun koşullar sağlar.
- Evlilik bağımlı öngören bazı hakların elde edilmesine imkan verir (örn: miras, sosyal güvenlik hakları vs).
- Evlilik, daha iyi yaşam koşullarına ulaşmada ekonomik güç yaratır.
- Evlilikteki işbölümü ve işbirliği yaşamı kolaylaştırır (Sezer 2004).

Evlilik, yaklaşık MÖ 2000 yılından günümüze kadar temel niteliklerini koruyarak devam eden ve vazgeçilemeyen bir kültür olgusudur (Fidanoğlu 2006). Yaklaşık 4000 yıllık bir geçmişi olan evlilik kurumu, toplum düzeni ve kültürel sürekliliği sağlayan bir kurum olarak süre gelmiş, dini kurumlar ve devlet tarafından

denetlenerek desteklenmiştir. Bütün toplumlar özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun olarak çeşitli evlilik biçimleri geliştirmişler, zengin kültürel motiflerle evlenme sürecini şekillendirmişlerdir. Seçilen eşin kendi grubu içinden ya da dışından olmasına göre endogami ya da ekzogami, evlilik birliğini oluşturan eş sayısına göre monogami ya da poligami evlilik, bilinen en yaygın evlilik tipleridir. Günümüze gelinceye kadar evlenme yasaların tanıdığı ve kamu vicdanının doğru bulduğu bir hayat ortaklığı olarak benimsenmiş ve her kültürde vazgeçilmez olarak kabul edilmiştir (Sezer 2004).

Sıralanan bu işlevlerin yerine getirilmesi elbetteki uyumlu ve mutlu evliliklerle mümkün olabilir (Sezer 2004). Bugün evliliğe karşıt görüşler olmasına rağmen, insanların büyük bir kısmı evlenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre kaba evlenme hızı 2007 yılında binde 9,09 iken; bu hız 2008 yılında binde 9,03'e gerilemiştir ([http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4077&tb\\_id=2](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4077&tb_id=2)).

### 2.2.3. Evlilik Kavramı İle İlişkili Kavramlar

Evlilik ilişkisi, evlilik uyumu, evlilikte doyum 1930'lu yıllardan bu yana pek çok araştırmanın konusu olmuştur. Evliliğe ilişkin kavramlar arasında görüş ayrılıkları ve tartışmalar günümüzde de devam etmektedir. Dolayısıyla evlilik ilişkisi incelenirken, kavramların tanımının çok iyi yapılması ve eşler arasındaki uyumun, çatışmanın ve doyumun farklı kavramlar olduğunun anlaşılması gerekmektedir (Erbek 2004).

Eşler arasındaki **çatışma**; eşler arasındaki sözel ve fiziksel saldırganlığı tanımlar. **Evlilik doyum** ise bireylerin ilişkilerinin tüm yönlerinde hissettikleri öznel mutluluk ve hoşnutluk duyguları olarak tanımlanmaktadır (Erbek 2004).

**Evlilik kalitesi**; evlilik uyumu, evlilik doyum, mutluluğu, evlilik bütünlüğü kavramlarını kapsayan genel bir kavramdır, evli çiftlerin ilişkilerinin öznel olarak değerlendirilmesidir. Yüksek evlilik kalitesinin, iyi uyum, etkin iletişim, evlilik ilişkisinde yüksek doyum ve mutluluk derecesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Erbek 2004).

**Evlilik uyumu** ile **evlilik doyum** kavramları aralarında bağıntı olması nedeniyle sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Doyumlu çiftlerin aynı zamanda uyumlu oldukları ifade edilerek, bu iki kavramın farklı kavramlar olmadığı ileri sürülmektedir. Ancak bazı araştırmacılar doyumun ve uyumun iki farklı kavram olduğunu belirtmektedir (Erbek 2004).

Evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır. Evlilik uyumu ayrıca çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatındaki memnuniyeti ve mutluluğu da tanımlanır. Bu noktada evlilik doyumu ile karışır. Oysa çift uyumunda evlilik doyumunda olduğu gibi bireylerin öznel algısı değil, aralarındaki ilişkinin niteliği değerlendirilmektedir. Bu nedenle evlilik uyumunda eşlerden her birinin ilişkiyi sürdürebilme kapasiteleri de önemlidir. (Erbek 2004; Polat 2006; Erbek 2004).

Evlilik kalitesi bu durumda, evli çiftlerin ilişkilerinin öznel değerlendirilmesi olarak tanımlanır. Yüksek evlilik kalitesinin, iyi uyum, yeterli iletişim, evlilik ilişkisinde yüksek doyum ve mutluluk derecesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Evliliğin niteliğini yordamada uyumun daha önemli olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle evliliğin niteliğini değerlendiren çalışmalarda sıklıkla çift uyumunu değerlendiren ölçekler kullanılmaktadır (Erbek 2004).

#### **2.2.4. Evlilikte İletişim**

Evlilik, hem evlenen iki kişi arasında hem de bu iki kişi ile yeni oluşan çevre arasındaki ilişkilerin yeniden tanımlanmasını gerektirir. Eşlerin birbirine karşı güven duygusu geliştirebilmesi, evlilikten beklentilerini öğrenmesi, birbirlerini anlaması, ortak yaşamı birlikte oluşturabilmesi ve yakın çevreleriyle uyum sağlayabilmesi, kuracakları güçlü bir iletişim ile olasıdır (Balkan ve ark. 2007).

Yetişkin bir bireyde bulunması gereken “karar verebilme ve kararlarının sorumluluğunu taşıma-arkasında durma” özelliği, evli çiftlerde olması gereken çok önemli bir özelliktir. Eşlerin öncelikle özgür iradeleri ile evlenme ve birlikte yaşama kararı vermeleri, daha sonraki evlilik sürecinde de kararları ortak almaları ve sonuçlarını da birlikte paylaşmaları gerekir. Olumlu gelişmelerin olduğu kadar kötü ve olumsuz durumların da kendi kararlarından kaynaklandığını bilmeli ve çözümü birlikte bulmaya çalışmalıdırlar. Ortak yaşam; ortak planlar, ortak girişimler ve ortak çözümler gerektirir. Bu sayede evlilik, eşlerin istekle paylaştığı bir ilişki olur (Balkan ve ark. 2007).

Evlilikte ortak yaşamın nasıl düzenleneceği, evin geçimi, ev işleri ve çocuk sahibi olma kararı vb. konularda iki kişi birlikte karar vermelidir. Özetle eşler, evliliğin sağladığı olanakları, ortak yaşamları üzerinde karar verme haklarını ve bu yaşamı



sürdürmek için yapılması gerekenleri paylaşmalıdır. 2001’de kabul edilen yeni “Türk Medeni Kanunu” da bu paylaşımı yasal olarak onaylamaktadır (Balkan ve ark. 2007).

### 2.2.5. Evlilik Uyumu

Evlilik uyumu; bir evliliğin zorunlu ve gönüllü niteliklerinin bir dengeye ulaşmasıdır. Mutlu eşler ne denli birbirlerini istedikleri için evlendiklerini belirtse de, her evlilikte gelenek, görenek ve yasalara bağlı bazı zorunluluklar vardır. Bir evlilik tümüyle gönüllü veya tümüyle zorunlu bir ilişki haline gelmişse, bu evlilikte uyumun bozulması, sorunların çıkması kaçınılmaz olur. Böylece evliliğin tüm heyecanı ortadan kalkmaya ve eşler arasında çatışmalar çıkmaya başlar (Tutarel-Kışlak 1999).

Polat’ın (2006) çalışmasında belirttiği üzere, Fıdıloğlu’na göre aile sorunlarına neden olan faktörlerin araştırılmasında üzerinde en çok durulan değişkenlerden birisi; hem aile içi hem de aile dışı ilişkilerin belirleyicisi olan evlilik uyumudur (Polat 2006).

**Tablo 2. Evlilik Uyumu İle İlişkili Faktörler** (Akar 2005)

1. Bireysel Özellikler :	2. Çift Özellikleri :	3. Çevresel Etmeler :
<b>Sorunlar</b>	<b>Sorunlar</b>	Aile kökeninin etkileri
Stresle başa çıkma gücü	Negatif ilişki tarzları	Aile sürecinin izleri
İşlevsel olmayan düşünceler	<b>Olumlu Özellikler</b>	Aileden bağımsızlaşabilme
Aşırı tepkisellik	İletişim becerileri	Anne babanın evliliği
Aşırı kızgınlık ve saldırganlık	Çatışma çözme becerileri	Anne babanın ve arkadaşların desteği
Tedavi edilmemiş depresyon	Kaynaşma	İş stresi
Kronik irritabilite	Yakınlık	Ebeveyn olmanın stresi
Aşırı utangaçlık	Güç paylaşımı veya kontrolü	Dışarı uğraşlarının gerilimi
<b>Olumlu özellikler</b>	Uzlaşma	Diğer stresörler (Borçlanma, sağlık, eşin yakın akrabaları)
Dışadönüklük		
Esneklik		
Özgüven		
İddialılık		
Teslimiyet		
Aşk		

Evlilikte temel kural; eşlerin birbirlerinin biyolojik, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaıdır. Kadın ve erkeğin birlikteliğinin uyum içinde sürmesi bu ihtiyaçların karşılanmasına dayanır (Sezer 2004).

**Biyolojik İhtiyaçlar:** Biyolojik bir ihtiyaç olan cinsel güdünün doyurulması evliliğin temel ihtiyaçlarından birisidir. Eşlerin cinsel yönden uyum içinde olması, birbirlerinin cinsel istek ve beklentilerini karşılama, cinsel güdünün doyurulması, evliliğin mutlu devam etmesi için gerekli koşulların başında gelir.

**Sosyal İhtiyaçlar:** Evlilikte eşler, ortak yaşamlarında güven, korunma ve dayanışma içinde olduklarını hissetmek, geleceğe güvenle bakabilmek, birbirlerinden onur ve kıvanç duyabilmek, toplumda saygın bir yer edinmek isterler. Yalnız olmadıklarını bilmek ve ortak bir amaca yönelmek gibi ihtiyaçlarda, evlilikte doyum bulan ihtiyaçlardır.

**Psikolojik İhtiyaçlar:** Evlilik pek çok psikolojik ihtiyacın doyurulduğu bir kurumdur. İnsan için en önemli ihtiyaçlardan biri olan sevgi, evlilik birliğinin sürmesinde hayati önem taşır. Eşler birbirini koşulsuz sevebildiğinde, birlikte olmaktan haz duyup, sevinci ve kederi paylaşabildiğinde bu ihtiyaçlar doyuma ulaşabilmektedir. Eşler birbirlerinin bu ihtiyaçlarını karşılayabildikleri ölçüde, evlilikte uyum ve denge sağlanabilir (Sezer 2004).

### 2.3. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından kullanılmış olup, bireylerin yaşamları ile ilgili genel doyumları ve iyilik durumlarını algılayışları olarak tanımlanan, kişisel ve kültürel değerler, inançlar, kendini algılama, hedefler ve yaşam beklentisinin etkisi ile şekillenen subjektif bir kavramdır (Dolgun 2003; Macdonagh 1996). Bu kavram, asırlardır esenlik ve mutluluk olarak felsefenin konusu olmuştur. 1960'lı yıllarda ABD'de politik tartışmalar sonucunda ortaya atılmış, öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonraki yıllarda psikoloji biliminin uğraşı alanına girmiştir (Dolgun 2003; Pınar 1995; Dilbaz 1996). Farklı bilimler yaşam kalitesini değişik şekillerde tanımlamışlardır. Örneğin; ekonomistler tarafından daha çok ekonomik açıdan yaşam düzeyi kavramına yakın bir anlamda ele alınmış, sosyologlar ise yaşam biçimi ile ilgili tanımlamalar yapmışlardır (Pınar 1995; Dilbaz 1996). Sağlık alanında yaşam kalitesi ise, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına yönelik subjektif görüşleri olarak tanımlanmaktadır. 1970'li yıllarda psikoloji alanında yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, genellikle bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan ya da dolaylı algısı üzerine temellenmiştir. İlk defa subjektif iyilik halinin, objektif yaşam şartlarının sağlanmasının ötesinde bu şartlardan

kişinin tatmin olup olmamasına bağlı olduğu belirtilmiştir. Yaşam kalitesi üzerine çeşitli kültürlerde yapılan araştırmalarda bazı ortak noktalarda birleşildiği belirlenmiştir. Böylece kavram bireysellikten çıkarak sosyolojik bir kavrama dönüşmüş ve üzerinde pek çok psikolog, sosyolog, ekonomist ve bilim adamı teori geliştirmiştir (Dolgun 2003).

Yaşam kalitesi, memnuniyet, mutluluk, saygı, moral, iyilik hali gibi kavramları içerir; zamana ve yere göre değişiklik gösterebilir (Pınar 1995; Dilbaz 1996). Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması, tanımlanmasını da güçleştirmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin birden fazla tanımı yapılmıştır (Dolgun 2003).

(DSÖ yaşam kalitesini bireyin amacı, standartları ve ilgilendiği alana yönelik olarak yaşadığı kültür ve sosyal değerlerle uygunluğu ve toplum içindeki konumunun kendi tarafından algılanması olarak tanımlamıştır. Bu tanım, “fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler, bağımsızlık düzeyi, çevresel durum ve manevi durum” olmak üzere 6 başlığı içermektedir (Pınar 1995; Dolgun 2003).

Son yıllarda yaşam kalitesi kavramı “hastaların var olan fonksiyon düzeyine karşın, ne algıladıklarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı doyum” şeklinde yorumlanmıştır (Dolgun 2003).

Pınar (1995)’in çalışmasında belirtildiği üzere, Edlund, yaşam kalitesinin genellenemeyeceğini, farklı anlamları olduğunu belirtmiş ve bunu beş başlıkta ele almıştır:

#### **Bireysel Amaçların Tatmin Edilmesi Anlamında Yaşam Kalitesi**

Burada “olabildiğinin en iyisi” olduğu düşüncesi ile yaşam kalitesi kavramı, kendini yüceltmek, tatmin etmek anlamında ele alınmıştır.

#### **Normal Bir Yaşam Sürdürebilmek Anlamında Yaşam Kalitesi**

Genelde yaşam kalitesi kavramının, normal bir yaşam ile eş anlamlı olduğu düşünülse de, her ikisi de farklı anlamdadır ve yaşam kalitesi kavramı toplumdaki bireylerin sayısı kadar çeşitlilik gösterir.

#### **Bireyin Toplumdaki Yeri Anlamında Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi bağlamında, toplumda iyi konumda olmak bir çok potansiyel anlamı içerir. Bazı araştırmacılara göre, toplumda iyi konumda olmak ve yaşam kalitesiyle eş değer tutulan bireysel yararlılık, bireyden bireye farklılık gösterir.

#### **Mantıklı İnsan Anlamında Yaşam Kalitesi**

Yasal olarak mantıklı insan, karar verme anında objektif olarak gerçeği duyumsayan kişidir. Yani bireylerden adil ve mantıklı insan gibi davranmaları beklenmektedir.

### **Bireysel Görüş Olarak Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam kalitesi kavramının bireysel görüşünde subjektivite hakimdir. Burada yaşam kalitesi her bireyin tanımladığı bir olgudur (Pınar 1995).

Sonuç olarak; subjektif duygu olarak da ele alınabilen yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi kavramı her bireye göre değişik anlamlar ifade eden, çok geniş kapsamlı bir kavramdır (Dolgun 2003). Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır. Yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bu kavram yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder. Bazı çalışmalarda da söz edildiği gibi, bireyin objektif yaşam durumu uygun olmasa da, subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesi doyumunu yüksek olabilmektedir. Böylece algılanan ve arzulanan durum arasındaki denge, yaşam kalitesi denkleminin özünü oluşturmaktadır denebilir (Dolgun 2003).

#### **2.3.1. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam kalitesi kavramının farklı disiplinler tarafından farklı şekillerde tanımlanmasından doğan karmaşayı ortadan kaldırmak için tıp bilimi, “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” kavramını kullanmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin tanımı halen yapılmamıştır. Yaşam kalitesi kavramının neleri kapsayacağına dair cevaplar, çalışmalar arası çeşitlilik göstermesine rağmen, genel yaşam, fiziksel fonksiyonlar, fiziksel semptom ve toksinler, duygusal ve bilişsel fonksiyonlar, rollerin yerine getirilmesi, sosyal iyilik hali ve cinsel fonksiyonları kapsamına alması konusunda fikir birliği sağlanmıştır (Dolgun 2003).

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına aslında ilk kez DSÖ Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlanmaktadır (Dolgun 2003). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder (Avcı ve Pala 2004). Fiziksel alan, kişinin

enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise; depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır (Dolgun 2003).

Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramını ilk defa kullanan JR Ekinton'dur. Ekinton, teknolojik ilerlemelerin adeta temel ihtiyaçların önüne geçmiş olduğu bir dönemde transplantasyon tıbbını tartıştığı "Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı bir makalesinde yaşam kalitesinden söz etmiştir. Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı, teknik ilerlemeden çok, insani yaklaşımlarla bağlantılıdır. Çünkü yaşam kalitesi, teknolojinin gelişmesiyle bir tarafa itilen, bütün insan gereksinimlerinin tümünü kapsayan geniş bir kavramdır (Dolgun 2003).

Kanser tedavisindeki hızlı gelişme ile hastaların uzun yaşamı, daha kısa ama daha kaliteli bir yaşama değişip değişmeyeceği konusu hatta tedavi, hastalıktan daha mı kötü konusu gündeme gelmiş ve yaşam kalitesi ilk olarak onkoloji alanında ele alınmıştır (Dolgun 2003).

Yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar hızlı bir gelişme göstermiş ve 1990'larda giderek artmıştır. 1992'de sadece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmaları yayınlayan "International Society of Quality of Life" isimli bilimsel bir dergi yayına başlamıştır (Dolgun 2003).

### **2.3.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler; yaşam kalitesini arttıran ve azaltan faktörler olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır (Özgür ve Yıldırım 2008). Yaşam kalitesini arttıran faktörler;

- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olma
- Sosyal çevre ile olumlu ilişkiler
- Otonomi
- Huzur ve güven içinde yaşama
- İnanç ve değerlere saygı
- Özgün bir birey olarak algılanma
- Ekonomik ve sosyal güvenceye sahip olma
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olma

Yaşam kalitesini azaltan faktörler ise;

- Kronik yorgunluk
- Temel gereksinimlerin karşılanmaması
- Cinsel fonksiyonlarda bozukluk
- Destek sistemlerin yetersizliği
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Akut/kronik sağlık sorunları
- Aile ve arkadaşlarla ilişkilerin bozulmasıdır (Özgür ve Yıldırım 2008).

Yaşam kalitesi kavramı ayrıca bireyin ait olduğu ortam koşulları ile yakından ilişkilidir. Ortam koşulları ile ilgili, çevrenin fiziksel niteliği, çevresel zenginlik ve çevresel güvenlik/süreklilik gibi üç temel boyuttan söz edilmektedir. Bu bağlamda bireyin daha iyi bir yaşam için gösterdiği çaba ve çevrenin bu çabaya karşılık gösterdiği tepkidir. Kısacası yaşam kalitesi çevreye bağlıdır. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen çevresel faktörler şunlardır:

- İşyeri memnuniyetsizliği
- Ders başarısızlığı
- Düşük aile geliri
- Düşük anne-baba eğitim düzeyi
- Kızlara ikinci sınıf muamelesi gösteren toplumlar
- Ücret yetersizliği ve
- Hastalık durumudur (Özgür ve Yıldırım 2008).

Yaşam doyumu; bireyin yaşam biçimini ve yaşam kalitesi düzeyini de belirleyen önemli bir ögedir. Türkçe'de birbiri yerine kullanılan yaşam doyumu ve yaşam memnuniyeti yaş, cinsiyet, çalışma/üretim durumu, eğitim düzeyi, din, medeni durum, boş zaman aktiviteleri, bağımsız işlevsellik düzeyi gibi faktörlerden etkilenmektedir (Özgür ve Yıldırım 2008).

### **2.3.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Son 20-25 yıldır sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar sağaltım yöntemlerinin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini sına, onların iyilik düzeylerini tanımlama konusunda giderek artan çabalar göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermekte, sağlığın

ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları giderek bu araçların kapsamında yer almaktadır (Fidaner ve ark. 1999).

Bugün dünyada kullanılmakta olan ve daha çok batılı toplumlarda geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanmış olan genel amaçlı veya hastalığa özel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket vardır. Bunlar fonksiyonel beceriyi, psikososyal iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve moral durumunu ölçen ve daha geniş anlamda sağlık durumunu ölçen anketler olarak sınıflanabilir (Fidaner ve ark. 1999).

Yaşam kalitesindeki etkilenmenin düzeyini belirlemek için çeşitli madde ve sorulardan oluşan ölçekler kullanılmaktadır. 1980’li yıllarda DSÖ tarafından 15 merkez ile yapılan ortak çalışma sonucunda WHOQOL-100 (World Health Organization Quality Of Life) yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir (Dolgun 2003).

#### **2.4. İNFERTİL ÇİFTLERİN PSİKOSOSYAL SORUNLARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

İnfertil bireyler için baş edilmesi oldukça güç olan bu kriz durumunda bireylere gerekli danışmanlık ve desteğin sağlanmasında sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Hemşire, danışmanlık fonksiyonu ile bu yardımın verilmesinde önemli bir yere sahiptir. Danışmanlık hemşirenin primer fonksiyonlarından birisidir (Akyüz 2005; Koçak 1998).

İnfertilite yalnızca bireyi değil, aileyi etkileyen bir kriz olarak tanımlandığından, infertil çiftlere bakım verirken hemşirelik bakımının “aile merkezli” olarak verilmesi özellikle önem kazanmaktadır. İnfertilitenin çiftin problemi olduğunu ve ekip yaklaşımıyla sorunun ele alınması gerektiğini unutmamak gerekir (Oğuz 2004; Repokari ve ark. 2007).

“Aile Sistemleri Teorisi”ne göre aile üyelerinden birinde hastalık olduğunda etkisini sadece hasta birey üzerinde göstermez; bu etki tüm aile sistemleri üzerine yansır. Hastanın bakım ve tedavisinin planlanmasında, hastada yaşamı fiziksel ve psikolojik yönden tehdit eden durumlara öncelik verilmesi, hasta ve ailesinin gereksinimlerinin ihmal edilmesine ya da gözden kaçmasına neden olabilmektedir (Taşdemir ve Yavuz 2008).

Aile merkezli bakım; hem hastalara hem de onların ailelerine bakım sağlayan yaklaşımdır. Bu bakımın temeli, hastalar ve ailelerin bir bütün olarak kabul edilip, tüm aile bireylerini de içermesidir. Bu yaklaşım tüm sağlık kurumlarında, her yaştaki hastaya ve çeşitli hastalıklara sahip kişilere uygulanabilir. Aile merkezli bakımda sağlık

bakımı verenler ailenin fiziksel ve duygusal açıdan desteklenmesine yardımcı olmaktadır. Ailenin bilgi gereksinimi, güven ve destek gereksinimi ile hastanın yanında olma gereksinimini karşılamaları gerekir (Taşdemir ve Yavuz 2008).

Aile merkezli bakım kavramı ilk olarak 1950'li yıllarda çocuk hastaların aileleri ile birlikteliklerinin sürdürülmesi ile başlamıştır. Bu kavram ilk olarak çocuk hastalarda çalışılmış olup; günümüzde pek çok infertilite kliniğinde de kullanılmaktadır (Taşdemir ve Yavuz 2008).

Çiftlerin içinde buldukları psikolojik durum, tedaviye uyumları hemşire tarafından müdahale edilebilen ve gebelik hızlarını etkileyen faktörlerdir (Gürbüz 2007).

İnfertilite tanı ve tedavi işlemleri sırasında, çiftler sağlık personeli tarafından profesyonel danışmanlık almaya cesaretlendirilmelidir. Hemşire, bakım verdiği grubun genel özelliklerini bilmelidir. Bu durum, bireysel bakımı planlamada hemşireye kolaylık sağlayacaktır (Kaya 2005).

İnfertilite hemşiresi, invazif işlemleri uygulama becerisi olan;

- Sağlık değerlendirmecisi,
- Çiftlerin sağlık eğitimcisi ve danışmanı,
- Hasta hakları savunucusu,
- Hasta ve ekip arasında koordinatör,
- Araştırmacı görevlerini üstlenen önemli bir ekip üyesidir (Gürbüz 2007).

Yeni teknolojiler çiftlere farklı seçenekler sunduğu ve bu teknikler uygulanırken çeşitli emosyonel tepkiler ortaya çıktığı için, bir hasta destekleyicisi ve danışman olarak da hemşirenin rolü önemli hale gelmiştir (Gürbüz 2007).

Bireylerin yapılması gereken işlemler hakkında bilgilendirilmesi, işlemlerin planlanması ve tedavi seçeneklerinin uygulanmasında katılımlarının sağlanmasının yanı sıra, infertilite tanısı alan çiftlerin yaşadıkları korku ve anksiyetenin giderilmesinde, benlik imajı ve benlik saygısının desteklenmesinde de sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Hemşire infertil bireyin emosyonel durumunu anlayıp yardım edebilecek, onlarla en sık karşılaşan sağlık bakım profesyonelidir. Bu alanda çalışan sağlık profesyonelinin yararlı olabilmesi için, konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması ve sorunlarla baş etme yöntemlerini bilmesi beklenmektedir (Taşçı ve Özkan 2007; Lee ve Chu 2001; Slade ve ark 2007; Ataman 2007). Hemşirenin, çiftin tedavi evreleri sırasında hangi durumlarla karşılaşacağını bilmesi, özellikle neyin normal, neyin



anormal olduğunu bilmesi çiftin gereksinimlerini karşılayacak adımların saptanmasında yararlı olacaktır (Oskay ve Kızılkaya 2001).

İnfertil çiftlerin psikososyal sorunlarına yönelik hemşirelik bakımının amaçları; çiftin infertil olduklarını kabullenmelerine yardımcı olarak, yeni bir dünya görüşü oluşturmalarını sağlamak ve içinde buldukları durumu yeniden tanımlamalarına yardımcı olmaktır (Kennedy ve ark 1998). Bu amaç doğrultusunda hemşire;

- Çiftin psikososyal değerlendirmesini yapar, sorunları açığa çıkartır,
- Çiftin duygu ve deneyimlerini ifade etmesine yardımcı olur, çifti anlamaya çalışır,
- Çifti tedavi kararlarına aktif katılımlarını sağlayarak, infertilite tedavisine hazırlar,
- Çiftler arasındaki iletişime yardımcı olur,
- Çifte stresle başetme yöntemlerini öğretir,
- Gerektiğinde uzman bir kişiye (psikolog/psikiyatrist/psikiyatri hemşiresi) yönlendirir (Oskay ve ark. 2009).

Hemşire çiftin karşılaştığı emosyonel sorunlar nedeniyle bakım planında danışman ve destekleyici olarak yerini almak zorundadır (Oskay ve Kızılkaya 2001). İnfertilite hemşiresinin danışmanlık rolü iki başlık altında incelenebilir.

1. **Bilgi Verme:** Hemşire infertilite ile ilgili tedaviler hakkında çiftlerin/bireyin, anlaşılır bilgi almasını sağlamalıdır. Bunun için hemşireler, infertilite ve buna yönelik tedavilerin tüm yönleri hakkında güncel bilgiye sahip olmalı; infertilite alanında özel eğitim almalıdırlar (Oskay ve Kızılkaya 2001; Ataman 2007).

2. **Destekleyici Danışmanlık:** Çifti tedaviden önce, tedavi süresince ve tedaviden sonra emosyonel olarak desteklemektir. Bu destek özellikle infertiliteye yönelik araştırmalar ve tedavi uzadığında gebe kalmada yetersizlik olduğunda, tedavi sonucunda gebelik oluşmadığında ya da çoğul gebelik oluştuğunda, çocuğun genetik olarak her iki eşe de ait olmadığı durumlarda gerekli olmaktadır. Gebelik oluşmadığında hemşireler bireylere olası alternatifler hakkında önerilerde bulunabilmelidirler (Oskay ve Kızılkaya 2001; Ataman 2007).

### **Psikososyal Değerlendirme**

İnfertil çiftlerde tanı ve tedavi sürecinin henüz başında yapılacak psikososyal değerlendirme daha sonra ortaya çıkacak sorunları önleme ve uyuma yönelik başa çıkma yollarını devreye sokmada önemlidir. İnfertilitenin sosyo-kültürel ve psikolojik etkileri göz önüne alınarak değerlendirme yapılır (Gülseren ve ark 2006). İnfertil çiftin infertilite krizi deneyimleyip deneyimlemediği ya da krizin hangi evresinde olduğu,

evlilik döngüsündeki evreleri, o evreye özgü yaşadıkları güçlükler ve başa çıkma yolları belirlenir. Çiftin bireysel olarak farklı evrelerde olabileceği unutulmamalıdır, erkek bir evrede, kadın başka bir evrede olabilir (Oskay ve Kızılkaya 2001). Ayrıca çiftin sosyo-kültürel durumunu belirlemek için;

- Eğitim düzeyi
- Dini inançları
- Ekonomik durumu
- Aile büyüklerinin ya da çevrenin yapmış olduğu baskı değerlendirilir.

Çiftin infertilite ile başa çıkmasında belirleyici olan;

- Duygusal durumları
- Sosyal yaşamları
- Evlilik ilişkileri
- Cinsel yaşamları değerlendirilir.

İnfertilite hemşiresi bütün tehditleri ciddiye almalı, hastayı hangi durumlarda ve nereye yönlendireceğini bilmelidir (Oskay ve Kızılkaya 2001). ***Psikolog ya da bir uzmana yönlendirme gerektiren durumlar şunlardır:***

- Süreklilik gösteren üzüntü, suçluluk, ya da değersizlik hisleri,
- Sosyal olarak içe kapanma,
- Gündelik aktivitelere ve başkalarıyla ilişki kurmaya karşı ilgisizlik,
- Tedaviye davranışsal olarak uyum göstermeme,
- Hiç bitmeyen bir iç sıkıntısı, kendini bir yere ait hissedememe,
- Artış gösteren duygusal dalgalanmalar,
- İnfertilite ile ilgili konularla fazlaca meşgul olmak,
- Eş ile olan ilişkinin bozulması,
- Konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlık,
- Artış gösteren alkol ya da sigara tüketimi,
- İştahta ve kiloda bir değişim (artış/azalma),
- Uyku düzeninin bozulması (çok fazla uyuma/gece uykudan uyanma/hiç uyuyamama).

İnfertilite alanında etkili danışmanlık için, hemşire her hastanın bireysel olarak, kendisini ifade etmesine olanak sağlamalıdır. Bireyin bir kayıp yaşadığında en büyük

gereksinimi başkaları tarafından dinlenmektir. Bireyin deneyimlerini, duygu ve düşüncelerini dinlemek, hasta-hemşire iletişiminin vazgeçilmez bir parçasıdır (Oskay ve Kızılkaya 2001).

Aktif dinleme terapötik iletişimin en önemli bölümüdür. Bu işlev, hastanın gereksinimlerini hissetme, sevgi, empati ve anlayış gösterilerek başarılıdır. Hemşire bireyi/çifti dinlerken onlara yoğunlaşmaya çalışmalıdır. Birey/çift başkası tarafından dinlenmek ve birilerinin duygularıyla ilgilenmekte olduğunu bilmek ister. İyi bir dinleme tekniğinde vücut dili, yüz ifadesi ve ses tonu gibi sözlü ve sözsüz iletişim kaynaklarına dikkat edilmelidir. Hemşire öğüt vermemeli, bireyi etkin olarak dinlemelidir (Oskay ve Kızılkaya 2001).

### **Çifte İnfertilite İle Başa Çıkma Konusunda Destek Sağlanması**

- Çiftin önceden kullandığı problem çözme deneyimlerine dayalı becerilerini ortaya koymalı ve etkin olan baş etme yöntemlerini kullanmaları konusunda desteklemelidir.
- Çiftin infertiliteyle ilgili bilgi edinmesi çok önemlidir. Çifte, tedavi için seçenekler verildiğinde ve kendileri bilgiye dayalı karar verebildiklerinde, yaşadıkları kontrol kaybı duygusu hafifleyecek ve kızgınlıkları azalacaktır.
- Destek gruplarına katılmak, bireye/çifte infertilite probleminde yalnız olmadığını gösterir, kendisiyle aynı sorunu paylaşan diğer kişilerle etkileşim olanağı sağlar.
- Çiftin/bireyin problemini ailesi ve arkadaşlarıyla paylaşması yararlı olabilir. Bireyin başkaları tarafından dinlenmeye ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır.
- Çiftlere, randevu öncesinde yaşadıkları sorunları ve merak ettikleri konuları yazarak listelemelerini önermek yararlı olur.
- Girişimlerin çoğu kadın bedeni üzerinde gerçekleştirilse de, erkek bu süreçte eşini yalnız bırakmamalıdır. Randevulara eşle birlikte gidilmesi, yapılan testlerin ve uygulanan girişimlerin her bir eş tarafından anlaşılması; paylaşım açısından önem taşır.
- Her iki eş için de bu süreç gerçekten güç ve travmatiktir. Eşlerin birbirlerine destek olmaları, eşler arasında duygu ve endişelerin paylaşılması bu zorlu sürecin aşılmasında büyük yarar sağlar. Birbirine destek olmak ve birlikte çalışmak, stresi azaltmada ve eşler arasındaki iletişimin gelişmesinde etkili olacaktır. İnfertil pek çok çift bunun ilişkiyi güçlendirdiğini ve yeni bir güvenlik alanı oluşturduğunu keşfettiklerini bildirmişlerdir (Oğuz 2004; Oskay ve Kızılkaya 2001; Oskay ve ark. 2009; Repokari ve ark. 2007).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi

Araştırma infertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkilerini belirlemek amacıyla vaka-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda nicel ve nitel araştırma yaklaşımlarının bir arada kullanıldığı “Yöntem Çeşitleme-Methodological Triangulation” yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada nitel araştırma yaklaşımlarından fenomenolojik (olgubilim) yaklaşım kullanılmıştır.

#### Fenomenoloji (Olgubilim)

Psikoloji ve felsefeden temel alan bir yaklaşım olarak fenomenolojinin temel amacı; insanların yaşam deneyimlerini tanımlamaktır (Emiroğlu 2002; Carpenter ve Speziale 2007). İnsan deneyimleriyle ilgili her türlü olayın algılanışını kişilerin kendi kelimelerini kullanarak ortaya çıkartır. Fenomenoloji; hemşirelere gözleme ve tanımlama imkanı sunar. Bu nedenle profesyonel hemşirelik uygulamaları için oldukça değerli bir araştırma yaklaşımıdır (Carpenter ve Speziale 2007).

#### Yöntem Çeşitleme-Methodological Triangulation

Yöntem çeşitleme; bir çalışmada birden fazla araştırma yönteminin birlikte kullanıldığı bir araştırma yaklaşımıdır. Bu yaklaşımla bulguların bütünlüğü, güvenilirliği ve kalitatif yöntemlerin geçerliliği sağlanır (Carpenter ve Speziale 2007; Genç 2009). Niteliksel araştırma tasarımları mevcut fenomeni bütün boyutlarıyla tanımaya ve anlamaya yöneliktir. Bu nedenle niceliksel ve niteliksel araştırma tasarımlarının birlikte kullanıldığı araştırmalar daha etkin ve bilimsel bulunmaktadır (Birkök 2008; Carpenter ve Speziale 2007).

#### 3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ekim 2007-Aralık 2008 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi (İÜ) İstanbul Tıp Fakültesi (İTF) Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı ile Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi'nde gerçekleştirilmiştir. Günde ortalama 40 hastanın değerlendirildiği Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Anabilim Dalı'na veri toplamak amacıyla haftada iki gün gidilmiştir. Tez çalışmasının uygulanabilmesi ile ilgili gerekli izinler; 12.07.2007 tarihinde İÜ İTF Reprodüktif

Endokrinoloji ve İnfertilite Anabilim Dalı'ndan ve 17.09.2007 tarihinde İÜ İTF Yerel Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (EK-8) alınmıştır. Alınan bu izinler 02.08.2007 tarihinde İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından da kabul edilmiştir. Araştırma öncesi katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak, katılmaya gönüllü olanlardan hasta onamları (EK-1) alınmıştır.

### 3.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ekim 2007-Aralık 2008 tarihleri arasında İÜ İTF Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı ile Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi'ne başvuru yapan tüm çiftler oluşturmuştur. Örneklem kapsamına çalışmaya katılmayı kabul eden, kronik ve psikiyatrik bir hastalığı olmayan, en az bir yıllık infertilite öyküsü olan 58 primer infertil çift alınmıştır.

İÜ Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi'ne başvuran, en az 1 yaşından büyük çocuk sahibi olan, evli, doğurgan çağda, gebe kalmak için herhangi bir çabası olmayan, doğal yollardan çocuk sahibi olmuş, herhangi bir jinekolojik hastalık için tedavi almayan, gebe olmayan, okur yazar, gönüllü, sağlıklı 51 çift ise kontrol grubuna dahil edilmiştir.

### 3.4. Çalışma Verilerinin Toplanması

Veriler iki aşamada toplanmıştır:

1.Aşama (Kantitatif Verilerin Toplanması): Örneklem kapsamına alınan 58 primer infertil çift ve 51 sağlıklı çifte literatür taraması ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-2), infertilitenin yaşam kalitesine etkilerini belirlemek amacıyla “Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form” (WHOQOL-BREF-TR) (TDSÖYKÖ-KF) (EK-3), infertil çiftlerin evlilik uyumlarını belirlemek amacıyla “Çift Uyum Ölçeği” (ÇUÖ) (Dyadic Adjustment Scale) (EK-4) uygulanmıştır. Yüzyüze görüşme yöntemi ile çiftlere uygulanan ölçekleri, kadın ve erkeklerin birbirinden bağımsız olarak ve ayrı odalarda doldurmaları sağlanmıştır.

2. Aşama (Kalitatif Verilerin Toplanması): İnfertilite tedavisiyle çocuk sahibi olmuş 7 çift (7 kadın ve erkek) ve 2 kadın ile infertilitenin evlilik ilişkisi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacıyla derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır. Bu kişiler İÜ İTF Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı'nda tedavi görmüş kişiler olup, kişilere ulaşmak için birime ait dosya kayıtları kullanılmıştır. Görüşmeye katılmaya istekli kişiler arasından amaçlı örneklem yöntemiyle 16 kişi seçilmiştir.

Amaçlı örnekleme yöntemi; araştırmanın amaçları doğrultusunda bir evrenin temsili bir örneği yerine, amaçlı olarak bir ya da birkaç alt kesimini örnek olarak almaktır. Başka bir deyişle amaçlı örnekleme, evrenin soruna en uygun kesimini gözlem konusu yapmaktır. Kalitatif araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir örnekleme yöntemidir (Emiroğlu 2002; Karataş 2002).

Derinlemesine görüşmeler öncesinde, görüşmelerde dikkat edilmesi gereken konular üzerine, konusunda uzman ve deneyimli araştırmacıların görüş ve önerileri alınmıştır. Araştırmacı bir ay süreyle İÜ İTF Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı'nda tedavi gören hastaları gözleyerek ön saha çalışması yapmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu (EK-5); literatür doğrultusunda ve araştırmacının sahadaki gözlemlerinden yararlanılarak geliştirilmiştir. Görüşmeler araştırmacı tarafından, özel bir odada gerçekleştirilmiştir. Görüşme yaklaşık her birey için 30-60 dakika sürmüştür. Araştırmacı hatırlamayla ilgili hatalarını en aza indirmek için; günde 2'den fazla görüşme yapmamıştır ve görüşme yapılan günün sonunda bir rapor hazırlamıştır. Araştırmanın başında 10 çift ile görüşme yapılması planlanmış fakat kişilerin şehir dışında olması nedeniyle bu sayı 7'ye indirilmek zorunda kalmıştır. 2 çiftten birinin erkek eşin şehir dışında bulunması, diğer çiftte erkek eşin görüşmeyi kabul etmemesi üzerine yalnızca kadınlarla görüşme yapılmıştır. 9 kadın ve 7 erkek olmak üzere toplam 16 kişi ile görüşülmüş olup, bunun 14 kişisini çiftler oluşturmuştur (7 kadın ve 7 erkek). Araştırmanın niteliksel olan bu aşamasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında katılımcıların izni alınarak ses kayıt cihazı kullanılmıştır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, çiftlerin demografik özelliklerini belirlemek için, "Tanıtıcı Bilgi Formu" (EK-2), infertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek için "Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form" (TDSÖYKÖ-KF) (WHOQOL-BREF-TR) (EK-3) ve çiftlerin evlilik uyumlarını değerlendirmek için Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (Dyadic Adjustment Scale) (EK-4) kullanılmıştır. Çalışmada her iki ölçeğin de kullanılmasına dair yazılı izinler alınmıştır (EK-9, EK-10). İnfertilite tedavisi ile çocuk sahibi olmuş çiftlerle bireysel derinlemesine görüşme yapılarak, infertilitenin evlilik uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkileri "yarı yapılandırılmış görüşme formu" (EK-5) ile değerlendirilmiştir.

### 3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)

İnfertil çiftlere uygulanmış olan bilgi formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiştir. Tanıtıcı Bilgi formunda çiftlerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu, iş/mesleki durumu, ekonomik durumu gibi sosyo-demografik özellikler ile obstetrik, evlilik ve infertilite hikayesi ve infertilitenin yaşamlarına etkileriyle ilgili sorulara yer verilmiştir.

### 3.5.2. Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form (TDSÖYKÖ KF) [The World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF-TR)] (EK-3)

Çiftlerin yaşam kalitelerini belirlemek için kullanılmış olan “Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form” (TDSÖYKÖ-KF), Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş 100 soruluk orijinal “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin kısaltılmış formudur. Orijinal WHOQOL bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanı olmak üzere toplam 4 alan ve 26 sorudan oluşmakta iken; TDSÖYKÖ-KF Türkçe forma ulusal alan da eklenmiştir. Ulusal alan çevre alanında yer alan sorulara ilave olarak sosyal baskıyı değerlendiren 27. sorunun eklenmesi ile oluşturulmuştur. Yaptığımız çalışmada ulusal alanında bulunduğu 27 soruluk form kullanılmıştır. TDSÖYKÖ-KF bireylerin kendileri tarafından yanıtlanabilir ya da araştırmacılar tarafından uygulanabilir. Değerlendirmenin son 15 günü içerecek şekilde yapılması önerilmektedir. Aşağıda TDSÖYKÖ-KF’nun 4 alanına yönelik ayrıntılı bilgiye yer verilmiştir:

**Bedensel alan:** Bu alanda bulunan 3, 4, 10, 15, 16, 17 ve 18 nolu sorular ile sırasıyla günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü incelenir.

**Ruhsal alan:** Bu alanda bulunan 5, 6, 7, 11, 19 ve 26 nolu sorular ile sırasıyla beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat/din/kişisel inançlar ve düşünme/öğrenme/bellek/dikkati toplama incelenir.

**Çevre alanı:** Bu alanda bulunan 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 ve 25 nolu sorular ile sırasıyla maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinleme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik/gürültü/trafik/iklim) ve ulaşım incelenir.

**Sosyal alan:** Bu alanda bulunan 20, 21 ve 22 nolu sorular ile sırasıyla diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam incelenir.

TDSÖYKÖ-KF 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Değerlendirmede negatif puanlamaya sahip 3, 4, 26 ve 27 nolu sorular pozitif hale getirilerek tersine çevrilir. Ölçekteki yaşam kalitesi ve genel sağlık sorularını içeren ilk iki soru genel sorudur; bu soruların puanları alt boyut puanlarına katılmaz, ayrı olarak değerlendirilir ([www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_qol\\_user\\_manual\\_98.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf); [www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/english\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf)).

TDSÖYKÖ-KF'nun puanlamasına yönelik Dünya Sağlık Örgütü tarafından SPSS Syntax programı geliştirilmiştir. Bu program ile yapılan hesaplamada TDSÖYKÖ-KF puanları WHOQOL-100 ile yapılan çalışmalarla karşılaştırmaya olanak verecek şekilde 100'lük sisteme otomatik olarak çevrilir. TDSÖYKÖ-KF'nun alt alan puanları 4 ile 20 arasında değişir. Ölçeğin toplam puanı yoktur; yaşam kalitesi 4 alt alanda hesaplanır; alt alanlardan alınan puan arttıkça yaşam kalitesi artar şeklinde yorumlanır ([www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_qol\\_user\\_manual\\_98.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf); [www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/english\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf)).

Fidaner ve arkadaşlarının (1999) TDSÖYKÖ-KF'nun psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla 349 kişi üzerinde yaptığı çalışmada; alt alanların cronbach alfa değerleri bedensel, ruhsal, çevre, sosyal ve ulusal alan için sırasıyla 0,83, 0,66, 0,73, 0,53 ve 0,73 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada 15 gün ara ile yapılan test-r test korelasyon katsayısının anketteki ifadeler için 0,57 ile 0,81 arasında değiştiği ve TDSÖYKÖ-KF'nun ülkemizde yapılacak yaşam kalitesi çalışmaları için uygun olduğu görülmüştür (Fidaner ve ark 1999). Yaptığımız çalışmada anketin iç tutarlılığı yeniden değerlendirilmiş ve cronbach alpha değerlerinin bedensel, ruhsal, sosyal, çevre, ve ulusal alan için sırasıyla 0,77; 0,74; 0,61; 0,65 ve 0,87 olduğu bulunmuştur (EK-6). Türkiye'de WHOQOL-100 ve TDSÖYKÖ-KF ile yapılan çalışma verileri, ülkemize uyarlayan araştırmacıların veri havuzunda toplanmakta, ölçeklerin alt boyut puan hesaplamaları SPSS Syntax programı ile bu grup tarafından yapılmaktadır. Yaptığımız çalışmada TDSÖYKÖ-KF'nda yer alan 4 alana ilave olarak ulusal alan da değerlendirilmiş, puanlama 20'lik sistemde yapılmış, WHOQOL-100 ile yapılan çalışmalarla karşılaştırabilmesi açısından 100'lük sisteme otomatik olarak çevrilmiştir. TDSÖYKÖ-KF alan puanlarının hesaplanması ve 100'lük sisteme çevrilmesi ölçeği ülkemize uyarlayan araştırmacılar tarafından yapılmıştır.



### 3.5.3. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (Dyadic Adjustment Scale) (EK-4)

Çiftlerin, evliliklerinin niteliğini, uyumunu ve uyumun kalitesini değerlendirmek için kullanılmış olan Spainer tarafından 1976'da geliştirilen Çift Uyum Ölçeği (Dyadic Adjustment Scale) 4 alt boyuttan oluşan, hem evli, hem de evli olmayan çiftlerde kullanılabilen 32 maddelik bir ölçektir. Ölçek, likert tipi olup puanlaması 0-4; 0-5; 0-6 arasında değişmektedir. Ayrıca 2 madde evet/hayır soruları olarak düzenlenmiştir.

Çift Uyum Ölçeği ilişkinin 4 alt boyutunu içerir:

**1. Çift Uyumu (Dyadic consensus ):** Evlilik ilişkisi içinde önemli konularda anlaşma düzeyi, fikir birliği ile ilgili on üç maddeden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 65'tir.

**2. Çift Doyumu (Dyadic satisfaction):** Duygu ve iletişim ile ilgili olumlu ve olumsuz özellikleri değerlendiren on maddeden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 50'dir.

**3. Sevgi Gösterme (Affectional expression ):** Sevgi gösterme şekillerinde anlaşma ve sevgi gösterme davranışları ile ilgili dört maddeden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 12'dir.

**4. Çiftlerin Bağlılığı (Dyadic cohesion):** Birlikte geçirilen zamanla ilgili beş maddeden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 24'tür (Fışiloğlu ve Demir 2000).

Ölçek değerleri 0 ile 151 arasında değişmektedir. Yüksek değerler, evlikte uyumun iyi olduğunu göstermektedir. Sher ve Baucom 1993 yılında yaptıkları çalışmada kesme noktasının 101 olduğunu belirtmişlerdir (Fışiloğlu ve Demir 2000).

Alt Boyut Madde Numarası

Çift doyumu 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32

Çift uyumu 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

Bağlılık 24, 25, 26, 27, 28

Sevgi gösterme 4, 6, 29, 30

Çift Uyum Ölçeği'nin Türk örnekleminde geçerlik güvenilirlik çalışması 2000 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,92, güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının da güvenilirliği yüksek bulunmuş olup; çift uyumu 0,75, çift doyumu 0,83, çiftlerin bağlılığı 0,75, sevgi gösterme 0,80 olarak bildirilmiştir. Evlilik uyumunun ölçümü için kullanılan Çift Uyum Ölçeği'nin yapı geçerliliği çalışmasında Evlilik Uyum Ölçeği (Locke-Wallace

Marital Adjustment Scale) kullanılmıştır ( $r=0,82$ ). Çalışmamızda, ÇUÖ Cronbach alpha değerinin bu çalışma için güvenilirlik sınırlarında olduğu belirlenmiştir. Ancak Fışiloğlu'nun ölçeğin kullanımına ilişkin izin vermesiyle ilgili olarak öne sürdüğü şartlardan 2. madde gereği bu değer sunulmamıştır (EK-9...Madde 2: Ölçeğin kendi örnekleminize göre yeniden geçerlik güvenilirlik çalışması yapmamanız, var olan ölçek verilerine güvenerek kullanılması).

Çift Uyum Ölçeği, evlilik ve aile terapisi alanında, klinik ve araştırma amacıyla evlilik uyumunun ölçümünde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Yayınlanmış pek çok çalışmada problemi olan ve olmayan çiftleri ayırt etmek ve evlilik ilişkisinin niteliğini değerlendirmek için Çift Uyum Ölçeği kullanılmaktadır (Fışiloğlu ve Demir 2000).

#### **3.5.4. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-5)**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda ve araştırmacının sahadaki gözlemlerinden yararlanılarak geliştirilen bu formda, infertil çiftlerin çocuk sahibi olmadan önceki, tedavi sürecindeki ve sonraki evlilik ilişkisi, iş yaşamı, yakın akraba ilişkileri, sosyal ve cinsel yaşamlarına ilişkin açık uçlu sorulara yer verilmiştir.

Araştırma hakkında açıklama yapıldıktan ve onam formu imzalatıldıktan sonra, gönüllü katılımcılara yukarıda belirtilen anketler uygulanmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

#### **3.6.1. Kantitatif Veri Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)- 17.00 versiyonu ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımlar, Cronbach alpha, ortalamalar, t testi, Mann-Whitney U testi, NPar test, Kruskal-Wallis test, Chi square, Anova Varyans analizi ve Pearson's korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach alpha testi ile değerlendirilmiştir. İki grup ortalamaları Independent student t testi, Mann-Whitney U testi, 3 veya daha fazla grup ortalamaları Anova Varyans analizi ile karşılaştırılmış, iki parametrik veri arasındaki ilişki Pearson's korelasyon analizi ile incelenmiştir. Nonparametrik veriler arasındaki farklılık Chi Square testi ile değerlendirilmiştir. Tüm veriler için istatistiksel anlamlılık düzeyi (Alpha hata düzeyi %5, güvenilirlik düzeyi % 95)  $p<0,05$  olarak alınmıştır.

### 3.6.2. Kalitatif Veri Değerlendirilmesi

Bireylerle yapılan görüşmeler sonrasında aynı gün içinde araştırmacı tarafından “görüşme raporu” hazırlanmıştır. Bu raporda araştırmacının dikkatini çeken noktalara, bireylerin yaklaşımlarına, davranışlarına yer verilmiştir. Görüşme yapılan 16 bireyin cevapları “tematik analiz” yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu yöntem için ilgili literatürde önerilen adımlar izlenmiştir (Marshall ve Rossman 2006). Bireylerin ses kayıtları önce deşifre (transkripsiyon) edilmiş, sonra tüm bireylerin verdiği cevaplar doğrultusunda tematik alanlar oluşturulmuştur. Tematik alanlar, okuma ve yeniden okuma, kelime sayma (counter-examples) ve aynı anlama gelen alternatiflerinin kontrolleri yapıldıktan sonra yeniden tanımlanmış ve veri kodlaması yapılmıştır. Veri kodlaması araştırmacı ve tez danışmanı tarafından birbirinden bağımsız olarak yapılmış, sonrasında çalışmanın iç tutarlılığını arttırmak amacıyla iki araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiştir. Her yeniden okuma ile yeni kodlamalar gelişmiştir. Her bir cevap değerlendirilirken, süreç yeniden tekrarlanmıştır.

### 3.7. Çalışmanın Özgün Yönleri

- Evlilik ilişkisi ve yaşam kalitesi gibi karmaşık boyutları olan ve bu konuların doğası gereği kantitatif yöntemlerle erişilmesi mümkün olmayan bazı bilgilerin elde edilmesinde kalitatif yöntemlerin kantitatif yöntemlerle birlikte kullanılması, bu araştırmayı özgün kılmaktadır. Konuya ilişkin kapsamlı bilgi sağlamada, farklı araştırma yöntemlerinin bir arada kullanılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.
- Araştırmada kullanılmış olan “Yöntem Çeşitleme” metodunun ileride yapılacak hemşirelik araştırmalarına örnek olabileceği düşünülmektedir.
- Araştırmaya katılan çiftlerin çalışmaya istekli ve iletişime açık olmaları, kendilerinin doldurabilecekleri ölçeklerin kullanılması, katılımcıların kendilerini daha rahat ifade etmesini sağlayarak verilerin güvenilirliğini arttırmıştır. Görüşmelerin bireysel yapılması, verilerin çiftlerin birbirleri üzerindeki baskılarından bağımsız toplanması araştırmanın olumlu yanlarını oluşturmaktadır.

### 3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları

- Yapılan derinlemesine bireysel görüşmelerde elde edilen verilerin geriye yönelik toplanması, hatırlama ile ilgili güçlükleri de beraberinde getirmiştir. Derinlemesine görüşmelerde moderatör dışında gözlem yapması amacıyla kullanılan ikinci bir araştırmacıya yer verilememiştir.

- Araştırma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı grup için genellenebilir olması,
- Araştırmanın toplum temelli değil, klinik temelli olması ve tek bir infertilite kliniğinde yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

### **3.9. Çalışmanın Yürütülmesinde Karşılaşılan Güçlükler**

- Özellikle kontrol grubunda erkeklere ulaşmada güçlükler yaşanmış, bu durum planlanan zamanlama programında gecikmeye yol açmış ve planlanan örneklem sayısına ulaşmayı zorlaştırmıştır.
- Araştırmanın kalitatif bölümü için yapılan derinlemesine bireysel görüşmelerde, infertilite tedavisiyle çocuk sahibi olmuş bireylere ulaşmada tayin çıkması, taşınma, şehir dışında olma, eşlerden birinin görüşmeyi kabul etmemesi ve benzeri sorunlar yaşanmıştır.

## 4. BULGULAR

Çalışma; infertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla uygulandı. Elde edilen veriler iki ayrı bölüm olarak sunuldu:

4.1. Kantitatif yöntemle elde edilen bulgular

4.2. Kalitatif yöntemle elde edilen bulgular

Çalışma sonucunda, kantitatif yöntemle elde edilen veriler;

4.1.1. Çiftlerin tanımlayıcı özellikleri, evlilik ve infertilite öykülerine yönelik bulgular,

4.1.2. Çiftlerin evlilik uyumu ve yaşam kalitelerine ilişkin bulgular, olmak üzere 2 bölüm halinde incelendi.

### 4.1. KANTİTATİF YÖNTEMLE ELDE EDİLEN BULGULAR

#### 4.1.1. ÇİFTLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ, EVLİLİK VE İNFERTİLİTE ÖYKÜLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde; çalışma ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik özellikler, evlilik ve infertilite öykülerine yönelik bulgular ele alındı.

**Tablo 3. Çalışma ve Kontrol Grubunun Yaş, Eğitim ve Çalışma Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması**

DEĞİŞKENLER	Erkek (n:109)				Kadın (n:109)					
	Çalışma (n:58)		Kontrol (n:51)		Çalışma (n:58)		Kontrol (n:51)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Yaş</b>										
35 yaş ve altı (n:154)	36	62,07	24	47,06	54	93,1	40	78,43	3,76	0,05
36 yaş ve üstü (n: 64)	22	37,93	27	52,94	4	6,9	11	21,57		
<b>Eğitim düzeyi</b>										
1-11 yıl (n:114)	31	53,45	21	41,18	37	63,79	25	49,02	1,85	0,17
12 ve üzeri (n:104)	27	46,55	30	58,82	21	36,21	26	50,98		
<b>Çalışma durumu</b>										
Çalışan (n: 133)	53	91,38	46	90,2	17	29,31	17	33,33	0,06**	0,80
Çalışmayan (n:85)	5	8,62	5	9,8	41	70,69	34	66,67		

\*: Fisher ki-kare testi

\*\* : Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Bu çalışmada erkek katılımcıların yaşlarının çalışma grubunda 23-48 arasında (ortalama 32,93±5,39), kontrol grubunda 25-45 arasında (ortalama 35,11±5,22) olduğu belirlendi. Kadınların yaşları ise çalışma grubunda 21-37 (ortalama 29,08±4,00), kontrol grubunda 21-41 (ortalama 31,01±5,47) olarak saptandı.

Eğitim düzeylerine bakıldığında; çalışma grubundaki erkeklerin ortalama 8,87±3,67 yıl, kontrol grubundaki erkeklerin 9,52±3,78 yıl eğitim gördükleri, çalışma grubundaki kadınların 8,17±3,83 yıl, kontrol grubundaki kadınların ise ortalama 9,23±3,93 yıl eğitime sahip olduğu belirlendi. Çalışma grubundaki; kadınların %44,8'i, erkeklerin %34,5'i, kontrol grubundaki; kadınların ve erkeklerin %35,3'ü ilkökul eğitimine sahipti. Orta öğretime sahip olanlar çalışma grubunda kadın ve erkeklerde sırasıyla %12,1 ve %17,2 iken; bu oran kontrol grubunda kadın ve erkek için %13,7 ve %5,9 idi. Lise düzeyinde eğitimi olanlar çalışma grubunda; kadınlarda %24,1, erkeklerde %27,6, kontrol grubunda; kadınlarda %27,5 ve erkeklerde %31,4 idi. Yüksekokul/fakülte düzeyinde eğitim görenler ise çalışma grubunda; kadın ve erkekler için sırasıyla %17,2, %20,7 iken bu oran kontrol grubunda; %23,5 ve %27,5 şeklinde belirlendi. Her iki gruptaki kadın ve erkekler arasında yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 3, p >0,05).

**Tablo 4. Çalışma ve Kontrol Grubunun Gelir Düzeyi ve Evlilik Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması**

DEĞİŞKENLER	Çalışma Grubu (n:116)		Kontrol Grubu (n:102)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Gelir düzeyi</b>						
Gelir-giderle eşit/fazla	80	69,0	78	76,5	1,17	0,27
Gelir-giderden az	36	31,0	24	23,5		
<b>Evlilik Hikayesi</b>						
<b>Evlilik biçimi</b>						
Görücü usulü	58	50,0	52	51,0	0,02	0,88
Tanışarak	58	50,0	50	49,0		
<b>Evlilik süresi</b>						
1-4 yıl	40	34,5	26	25,5	3,03	0,22
5-9 yıl	42	36,2	36	35,3		
10 yıl ve üzeri	34	29,3	40	39,2		

$\chi^2$  : Ki-kare Test

Çalışma ve kontrol grubunun gelir-gider düzeyi, evlilik biçimi ve evlilik süresi kategorilerinin benzer olduğu belirlendi (Tablo 4, p >0,05).

**Tablo 5. Çalışma Grubunun İnfertilite Öyküsü (n:116)**

<b>İnfertilite Tipi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
- Kadın faktörlü	24	20,7
- Erkek faktörlü	43	37,1
- Her ikisine ait	15	12,9
- Açıklanamayan	34	29,3
<b>İnfertilite Süresi</b>		
- 1-2 yıl	30	25,9
- 3-5 yıl	35	30,2
- 6-10 yıl	33	28,4
- 11 yıl ve üzeri	18	15,5
<b>Tedavi Süresi</b>		
- 1 yıldan az	46	39,7
- 1-2 yıl	27	23,3
- 3-5 yıl	21	18,1
- 6-10 yıl	19	16,4
- 11 yıl ve üzeri	3	2,6

İnfertil çiftlerin %37,1'inde erkek nedenli infertilite, %12,9'unda çiftlerin her ikisinden kaynaklanan infertilite mevcuttu. %30,2'sinde infertilite süresinin 3-5 yıl, tedavi süresinin ise %39,7'sinde bir yıldan az olduğu belirlendi.

#### **4.1.2. ÇİFTLERİN EVLİLİK UYUMU ve YAŞAM KALİTELERİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Bu bölümde her iki gruba ait ÇUÖ ve TDSÖYKÖ-KF puanları ve ilişkili faktörler incelendi.

**Tablo 6. Çalışma ve Kontrol Grubunda Kadın ve Erkeklerin ÇUÖ Kesim Puanına Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması**

	Çift Uyumu Düşük (0-101 puan)		Çift Uyumu Yüksek (102-151 puan)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Çalışma Grubu	23	43,4	93	56,6	2,21	0,13
Kontrol Grubu	30	56,4	72	43,6		
Kontrol Grubu					0,18	0,66
- Kadın	16	31,4	35	68,6		
- Erkek	14	27,5	37	72,5		
Çalışma Grubu					1,95*	0,16
- Kadın	8	13,8	50	86,2		
- Erkek	15	25,9	43	74,1		

\*: Yatest düzeltilmeli ki-kare analizi

Kontrol grubundaki kadınlarda ÇUÖ toplam puan aralığı 68 ile 147 (ortalama 108,92±18,33), erkeklerde ise 69 ile 145 (ortalama 111,67±18,32) olarak belirlendi. Çalışma grubunda ise bu puanlar kadın ve erkekler için sırasıyla 55-143, ortalama 116,14±17,15 ve 63-143, ortalama 112,74±19,82 idi. ÇUÖ kesme puanlarına göre çalışma grubundaki; kadınların %65,2'si, erkeklerin %46,2'si, kontrol grubundaki; kadınların %68,6'sı, erkeklerin %72,5'i yüksek evlilik uyumuna sahipti. Çalışma ve kontrol grubunda ÇUÖ kesim puanına göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi (Tablo 6, p>0.05). Çalışma ve kontrol grubundaki kadın ve erkeklere göre ÇUÖ kesim puanı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 6, p>0.05).

**Tablo 7. Grupların TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

ÖLÇEKLER	Çalışma Grubu (n:116)	Kontrol Grubu (n:102)	t	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
<b>TDSÖYKÖ-KF</b>				
- Bedensel	81,71±13,93	70,83±14,64	5,61	0,00*
- Ruhsal	73,60±16,34	66,99±13,21	3,29	0,00*
- Sosyal	73,06±20,48	67,89±15,40	2,12	0,03**
- Çevre	66,65±14,52	58,27±12,99	4,46	0,00*
- Ulusal	68,49±13,35	59,91±11,96	4,96	0,00*
<b>ÇUÖ</b>				
- Bağlılık	12,82±3,60	12,51±4,66	0,54	0,58
- Çift Uyumu	52,04±10,50	49,33±9,28	2,00	0,04**
- Çift Doyumu	39,52±5,92	38,71±5,79	1,01	0,30
- Sevgi Gösterme	10,10±2,04	9,49±2,04	2,21	0,02**
- Toplam	114,44±18,53	110,29±18,28	1,65	0,09

t: t test

\*: p < 0,01

\*\* : p < 0,05

Çalışma ve kontrol grubunda TDSÖYKÖ-KF puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma grubunun ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 7, p<0,05). ÇUÖ puan ortalamaları açısından incelendiğinde; çift uyumu ve sevgi gösterme alt boyutlarına ait puan ortalamalarının çalışma grubunda anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 7, p<0,05).



**Tablo 8. Gruplardaki Kadın ve Erkeklerin TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

ÖLÇEKLER	Çalışma Grubu (n:116)				Kontrol Grubu (n:102)			
	Erkek (n:58)	Kadın (n:58)	t	p	Erkek (n:51)	Kadın (n:51)	t	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
<b>TDSÖYKÖ-KF</b>								
Bedensel	81,28±13,30	82,14±14,63	-0,33	0,74	71,50±15,93	70,17±13,36	0,45	0,64
Ruhsal	75,79±16,25	71,41±16,27	1,45	0,14	70,34±10,43	63,64±14,86	2,63	0,01*
Sosyal	71,41±19,87	74,71±21,11	-0,86	0,38	69,77±15,27	66,01±15,44	1,23	0,21
Çevre	64,71±13,36	68,59±15,46	-1,44	0,15	59,56±11,36	56,99±14,44	1,00	0,32
Ulusal	66,62±12,78	70,35±13,76	-1,51	0,13	61,44±10,36	58,39±13,30	1,29	0,19
<b>ÇUÖ</b>								
Bağlılık	12,97±3,71	12,67±3,51	0,43	0,66	12,35±4,67	12,67±4,69	-0,33	0,73
Çift Uyumu	51,38±11,06	52,71±9,97	-0,67	0,49	50,20±9,33	48,47±9,23	0,93	0,35
Çift Doyumu	38,47±6,42	40,57±5,22	-1,93	0,05	39,43±5,34	37,98±6,18	1,26	0,20
Sevgi Gösterme	9,98±2,20	10,22±1,88	-0,63	0,52	9,69±2,04	9,29±2,04	0,96	0,33
Toplam	112,74±19,82	116,14±17,15	-0,98	0,32	111,67±18,32	108,92±18,33	0,75	0,45

t: t test

\*: p &lt; 0,05

Çalışma ve kontrol grubunda TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının cinsiyetler arası karşılaştırılması yapıldığında; kontrol grubundaki kadın ve erkekler arasında ruhsal alan dışındaki boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmadı (Tablo 8, p > 0,05). Ruhsal alan puan ortalamalarının kontrol grubu erkeklerde eşlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 8, p < 0,05).

**Tablo 9. Gruplar Arası Kadın ve Erkeklerin TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarına Göre Karşılaştırılması**

ÖLÇEKLER	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Erkeklerin Karşılaştırılması		Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Karşılaştırılması	
	t	p	t	p
<b>TDSÖYKÖ-KF</b>				
- Bedensel	3,49	0,00**	4,44	0,00**
- Ruhsal	2,10	0,03*	2,58	0,01*
- Sosyal	0,47	0,63	2,47	0,01*
- Çevre	2,15	0,03*	4,03	0,00**
- Ulusal	2,30	0,02*	4,60	0,00**
<b>ÇUÖ</b>				
- Bağlılık	0,76	0,44	0,00	0,99
- Çift Uyumu	0,59	0,55	2,29	0,02*
- Çift Doyumu	-0,84	0,39	2,37	0,02*
- Sevgi Gösterme	0,72	0,47	2,47	0,01*
- Toplam	0,29	0,77	2,12	0,03*

t: t test

\*: p &lt; 0,05

\*\*: p &lt; 0,01

Her iki gruptaki erkeklerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslamasında, sosyal alan dışındaki tüm TDSÖYKÖ-KF alt boyut puan ortalamaları çalışma grubundaki erkeklerde kontrol grubundaki erkeklerin puan ortalamalarından anlamlı şekilde daha yüksekti (Tablo 8 ve 9,  $p<0,05$ ). Erkeklerin ÇUÖ puan ortalamalarına bakıldığında, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı. Her iki gruptaki kadınların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslamasında ise; tüm TDSÖYKÖ-KF alt boyut puan ortalamalarının çalışma grubu kadınlarda daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 8 ve 9,  $p<0,05$ ). Kadınların ÇUÖ puan ortalamalarına bakıldığında, bağlılık dışında tüm alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede çalışma grubundaki kadınlarda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 8 ve 9,  $p<0,05$ ).

**Tablo 10. Çalışma Grubunda İnfertilite Nedenine Göre TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

ÖLÇEKLER	Kadın Faktörlü (n:24)	Erkek Faktörlü (n:43)	Her İkisine Ait (n:15)	Açıklanamayan (n:34)	Toplam (n:116)	$\chi^2$	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
<b>TDSÖYKÖ-KF</b>							
Bedensel	79,61±15,32	84,14±11,44	82,38±13,39	79,83±15,97	81,71±13,93	1,21	0,74
Ruhsal	72,74±16,48	73,45±15,67	73,61±15,24	74,39±18,12	73,60±16,34	0,18	0,98
Sosyal	71,88±16,81	72,48±20,78	75,56±19,53	73,53±23,43	73,06±20,48	1,12	0,77
Çevre	65,89±14,42	66,93±12,39	70,83±16,52	64,98±16,33	66,65±14,52	3,57	0,31
Ulusal	67,94±13,73	68,80±11,42	71,48±14,07	67,16±15,30	68,49±13,35	2,02	0,56
<b>ÇUÖ</b>							
Bağlılık	12,79±3,37	12,09±2,97	12,33±5,47	13,97±3,32	12,82±3,60	7,00	0,07
Çift Uyumu	52,79±10,52	51,02±9,82	49,00±15,94	54,15±8,15	52,04±10,50	1,85	0,60
Çift Doyumu	39,67±5,99	38,70±6,13	38,73±6,53	40,79±5,34	39,52±5,92	3,08	0,37
Sevgi Gösterme	10,38±1,93	9,56±2,40	9,93±2,09	10,68±1,41	10,10±2,04	4,98	0,17
Toplam	115,54±17,71	111,35±18,07	109,87±26,27	119,59±14,81	114,44±18,53	4,61	0,20

Kruskal Wallis Test

İnfertilite nedenine göre erkek faktörlü, kadın faktörlü, her ikisine ait ve açıklanamayan infertilite olmak üzere toplam 4 gruba ayrılan çalışma grubundaki çiftlerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının benzer olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 10,  $p>0,05$ ).

**Tablo 11. Çalışma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin İnfertilite Nedeni İle TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

ÖLÇEKLER	Kadın Faktörlü (n:24)				Erkek Faktörlü (n:43)			
	Erkek(n:11) $\bar{X} \pm SD$	Kadın (n:13) $\bar{X} \pm SD$	U	p	Erkek (n:21) $\bar{X} \pm SD$	Kadın (n:22) $\bar{X} \pm SD$	U	p
<b>TDSÖYKÖ-KF</b>								
Bedensel	81,82±12,42	77,75±17,69	64,50	0,68	82,82±13,01	85,39±9,85	212,50	0,65
Ruhsal	76,14±16,57	69,87±16,5	50,00	0,21	75,79±13,08	71,21±17,81	204,50	0,51
Sosyal	72,73±20,44	71,15±13,87	69,50	0,90	70,63±18,75	74,24±22,84	197,50	0,41
Çevre	64,77±11,78	66,83±16,76	57,50	0,41	67,56±10,80	66,34±13,97	230,00	0,98
Ulusal	66,67±12,11	69,02±15,38	58,50	0,44	68,78±10,57	68,81±12,42	214,50	0,68
<b>ÇUÖ</b>								
Bağlılık	13,27±3,41	12,38±3,43	58,50	0,44	12,05±2,73	12,14±3,26	227,50	0,93
Çift Uyumu	54,91±8,09	51,00±12,24	52,50	0,26	49,38±11,02	52,59±8,48	196,00	0,39
Çift Doyumu	39,64±5,37	39,69±6,69	67,50	0,81	36,57±7,03	40,73±4,40	115,50	0,06
Sevgi Gösterme	10,45±1,37	10,31±2,36	63,50	0,62	9,38±2,77	9,73±2,05	229,50	0,97
Toplam	118,27±13,23	113,23±21,04	64,00	0,66	107,33±21,12	115,18±14,03	183,50	0,24
	Her İkisine Ait (n:15)				Açıklanmayan (n:34)			
	Erkek (n:8) $\bar{X} \pm SD$	Kadın (n:7) $\bar{X} \pm SD$	U	p	Erkek (n:18) $\bar{X} \pm SD$	Kadın (n:16) $\bar{X} \pm SD$	U	p
<b>TDSÖYKÖ-KF</b>								
Bedensel	77,23±16,53	88,27±4,93	71,00	0,19	80,95±13,42	78,57±18,81	141,00	0,93
Ruhsal	75,00±20,29	72,02±7,50	18,00	0,24	75,93±18,77	72,66±17,81	129,50	0,61
Sosyal	67,71±21,56	84,52±13,11	15,50	0,13	73,15±21,50	73,96±26,15	133,00	0,70
Çevre	62,89±18,78	79,91±6,72	6,00	0,01*	62,15±14,69	68,16±17,94	112,50	0,27
Ulusal	65,97±16,65	77,78±7,17	13,00	0,07	64,35±14,30	70,31±16,22	110,00	0,24
<b>ÇUÖ</b>								
Bağlılık	13,38±5,90	11,14±5,11	24,00	0,64	13,67±3,80	14,31±2,75	130,50	0,63
Çift Uyumu	45,13±17,92	53,43±13,25	20,50	0,38	54,33±7,47	53,94±9,10	143,50	0,98
Çift Doyumu	39,13±6,73	38,29±6,80	25,00	0,72	39,67±6,14	42,06±4,09	119,00	0,38
Sevgi Gösterme	9,88±2,59	10,00±1,53	25,00	0,72	10,44±1,62	10,94±1,12	121,50	0,41
Toplam	107,25±28,86	112,86±24,87	24,50	0,68	118,11±15,66	121,25±14,11	132,50	0,69

Mann Whitney U Test \*:  $p \leq 0,01$

İnfertilite nedenine göre 4 gruba ayrılan çiftlerde; kadın ve erkeklerin TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılığa rastlanmadı (Tablo 11,  $p > 0,05$ ). Sadece her ikisine ait nedenli infertilite olan çiftlerde kadınların TDSÖYKÖ-KF çevre alt boyut puanının erkeklerinkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ( $p \leq 0,01$ ).

**Çalışma ve kontrol grubunda ÇUÖ puanlarını etkileyen faktörler** incelendiğinde; eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik biçimi, evlilik yılı, infertilite yılı,

tedavi süresi, yaşayan çocuk sayısı ile ÇUÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılığa rastlanmadı. Çalışma grubunda gelir-gider dengesi eşit/fazla grubun ÇUÖ toplam puan ortalamalarının geliri giderinden az olan grubun puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi (t:2,66, p:0,00).

**Tablo 12. Çalışma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması, Yaş İle ÇUÖ Puanları Arasındaki Korelasyon**

ÇUÖ Toplam ve Alt Boyutları	Yaş Grupları		Yaş			
	≤35	≥36	U	p	r	p
<b>Kadına Ait Puanlar (n:58)</b>	<b>(n:55)</b>	<b>(n:3)</b>				
Toplam	116,02±17,60	118,33±3,79	80,00	0,93	0,40	0,00**
Bağlılık	12,60±3,58	14,00±1,00	57,50	0,37	0,24	0,07
Çift Uyumu	52,80±10,19	51,00±5,20	66,00	0,56	0,41	0,00**
Çift Doyumu	40,45±5,33	42,67±1,53	64,00	0,51	0,29	0,02*
Sevgi Gösterme	10,20±1,93	10,67±0,58	80,50	0,94	0,17	0,20
<b>Erkeğe Ait Puanlar (n:58)</b>	<b>(n:36)</b>	<b>(n:22)</b>				
Toplam	109,20±20,70	120,61±15,43	228,00	0,02*	0,25	0,06
Bağlılık	12,70±3,60	13,56±3,97	332,50	0,64	0,09	0,50
Çift Uyumu	49,48±10,19	55,61±5,20	222,00	0,02*	0,23	0,07
Çift Doyumu	37,33±5,33	41,00±1,53	250,50	0,06	0,26	0,04*
Sevgi Gösterme	9,73±1,93	10,56±0,58	278,50	0,16	0,20	0,13

\* p<0,05 \*\* p<0,01 U: Mann Whitney Test

Çalışma grubundaki erkeklerde yaş grupları ve ÇUÖ ölçeği puanları karşılaştırıldığında; 35 yaş ve altı olan grubun ÇUÖ toplam puan ve çift uyumu puanlarının 36 yaşından büyük olanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlendi (Tablo 12, p<0,05). Çalışma grubundaki kadınlarda 36 yaş ve üzeri yalnızca 3 kadın olduğu için, istatistiksel analiz yapılmasına karşın, sonuçların kullanılması uygun değildir.

Çalışma grubundaki kadınların yaşları ile ÇUÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile ÇUÖ bağlılık puanı ve ÇUÖ sevgi gösterme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemezken (p>0,05); yaş ile ÇUÖ çift doyumu puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki (r:0,29, p<0,05); yaş ile ÇUÖ toplam puanları arasında pozitif yönde orta derecede ilişki (r:0,40, p<0,01); yaş ile ÇUÖ çift uyumu puanları arasında ise yine pozitif yönde orta derecede bir ilişki (r:0,41, p<0,01) tespit edildi (Tablo 12).

Çalışma grubundaki erkeklerin yaşları ile ÇUÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile ÇUÖ çift doyum puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilirken ( $r:0,26$ ,  $p<0,05$ ); yaş ile ÇUÖ toplam ve diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi (Tablo 12,  $p>0,05$ ).

**Tablo 13. Çalışma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre TDSÖYKÖ-KF Puanları Arasındaki İlişki, Yaş İle TDSÖYKÖ-KF Puanları Arasındaki Korelasyon**

TDSÖYKÖ-KF Alt Boyutları	Yaş Grupları		Yaş			
	≤35	≥36	U	p	r	p
<b>Kadına Ait Puanlar (n:58)</b>	<b>(n:55)</b>	<b>(n:3)</b>				
Bedensel	82,66±14,59	72,62±14,43	48,50	0,23	0,12	0,34
Ruhsal	71,14±16,35	76,39±16,84	73,50	0,75	0,31	0,02*
Sosyal	74,24±21,35	83,33±16,67	63,50	0,50	0,16	0,21
Çevresel	68,92±15,80	62,50±3,13	49,00	0,23	0,08	0,53
Ulusal	70,71±14,04	63,89±2,78	45,00	0,18	0,09	0,49
<b>Erkeğe Ait Puanlar (n:58)</b>	<b>(n:36)</b>	<b>(n:22)</b>				
Bedensel	79,46±12,65	85,32±14,17	249,00	0,06	0,10	0,41
Ruhsal	73,96±16,95	79,86±14,17	289,00	0,23	0,12	0,34
Sosyal	69,58±21,31	75,46±16,04	304,50	0,34	0,05	0,72
Çevresel	63,75±15,19	66,84±7,89	324,00	0,54	0,11	0,40
Ulusal	66,18±14,51	67,58±7,97	348,50	0,84	0,09	0,51

\*  $p<0,05$  U: Mann Whitney Test r: Pearson Korelasyon Testi

Çalışma grubundaki erkeklerde yaş gruplarına göre TDSÖYKÖ-KF ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi (Tablo 13,  $p>0,05$ ). Çalışma grubundaki kadınlarda 36 yaş ve üzeri yalnızca 3 kadın olduğu için, analiz yapılmıştır ancak sonuçların kullanılması uygun değildir.

Çalışma grubundaki kadınların yaşları ile TDSÖYKÖ-KF ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile ruhsal alan puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ( $r:0,31$ ,  $p<0,05$ ) tespit edilirken; yaş ile TDSÖYKÖ-KF ölçeği toplam ve diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 13,  $p>0,05$ ).

Çalışma grubundaki erkeklerin yaşları ile TDSÖYKÖ-KF ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 13,  $p>0,05$ ).

**Tablo 14. Çalışma Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Eğitim Seviyesine Göre TDSÖYKÖ-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Cinsiyet	İlkokul (n:30)	Ortaokul (n:7)	Lise (n:12)	Yüksekokul (n:9)	$\chi^2$	p
<b>Kadın</b>						
Bedensel	80,71±14,94	66,94±18,04	73,06±23,33	66,88±15,86	8,53	0,03*
Ruhsal	93,88±5,34	79,76±8,82	88,10±9,45	76,34±9,35	4,60	0,20
Sosyal	79,17±13,44	73,96±12,20	72,92±19,50	73,70±13,62	3,76	0,28
Çevresel	81,75±17,45	76,39±16,40	72,22±20,83	61,46±17,61	5,89	0,11
Ulusal	69,07±14,58	77,38±6,88	73,84±12,28	64,51±15,14	5,07	0,16
<b>Erkek</b>						
Bedensel	82,45±13,57	77,23±18,89	81,90±12,03	80,95±11,02	0,60	0,89
Ruhsal	75,36±18,80	65,63±12,94	79,44±14,98	78,82±12,87	5,17	0,15
Sosyal	72,46±22,25	69,79±17,22	70,00±23,95	72,22±11,42	0,45	0,92
Çevresel	65,63±10,10	58,98±13,41	66,67±17,66	64,32±13,36	2,24	0,52
Ulusal	67,15±10,52	60,07±11,87	69,26±15,90	66,67±13,14	3,45	0,32

\* $p<0,05$  Kruskal Wallis Test

Çalışma grubundaki erkekler arasında eğitim seviyesine göre TDSÖYKÖ-KF puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 14,  $p>0,05$ ). Çalışma grubundaki kadınlarda eğitim seviyesine göre TDSÖYKÖ-KF puanları karşılaştırıldığında, eğitim seviyesi ile bedensel alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Tablo 14,  $p<0,05$ ). İlkokul mezunu kadınların TDSÖYKÖ-KF bedensel alan puanlarının ortaokul mezunu kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (U:35,000;  $p:0,00$ ).

Bu çalışmada infertilite süre gruplarına göre TDSÖYKÖ-KF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmadı (Bedensel alan  $\chi^2 :5,19$ ,  $p: 0,15$ ; ruhsal alan  $\chi^2 :1,81$ ,  $p:0,61$ ; sosyal alan  $\chi^2 : 5,75$ ,  $p: 0,12$ ; çevre  $\chi^2 : 1,98$ ,  $p:0,58$ ; ulusal alan  $\chi^2 : 1,76$ ,  $p:0,62$ , Kruskal Wallis Test).

Çalışma grubundaki 58 çiftin hiç çocuğu bulunmazken, kontrol grubundaki 51 çiftin en az 1, en çok 4 çocuğa sahip olduğu (ortalama  $1,70\pm0,75$ ) belirlendi. Kontrol grubundaki kadınlardan 1 çocuk sahibi ile 2 ve üzeri çocuk sahibi olanların TDSÖYKÖ-KF alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadı

(Bedensel alan U: 306,500, p:0,81; Ruhsal alan U: 299,500, p:0,71; Sosyal alan U: 283,500, p:0,49; Çevresel alan U: 306,500, p:0,81; Ulusal alan U: 312,500, p:0,90; Mann Whitney U Test).

**Tablo 15. Cinsiyete Göre İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkilerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

	Toplam (n:116)		Kadın (n:58)		Erkek (n:58)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
Eşle İlişkisi								
-Olumsuz Etkilenen	24	20,7	12	20,7	12	20,7	0,00	1,00
- Ayrılmayı düşünme	1	0,9	1	1,7	0	0		
- Başkasıyla evlenmeyi düşünme	2	1,7	0	0	2	3,4		
Sosyal İlişkisi Olumsuz Etkilenen	26	22,4	15	25,9	11	25,9	0,79	0,37
Aileden Dışlanan	12	10,3	8	13,8	4	6,9	1,48	0,22
Yakın çevreden saklayan	34	29,3	19	32,8	15	25,9	0,66	0,41
Eşinin Tepkileri*								
- Suçluluk	24	20,7	13	22,4	11	19,0	0,21	0,64
- Anlayışlı	76	65,5	42	72,4	34	58,6	2,44	0,11
- Tehditkar	1	0,9	1	1,7	0	0		
- Öfkeli	13	11,2	8	13,8	5	8,6	0,78	0,37
- Umutsuz	20	17,2	7	12,1	13	22,4	2,17	0,14
- Tedavi arayışında	52	44,8	24	41,4	28	48,3	0,55	0,45
- Hayal kırıklığı	45	38,8	26	44,8	19	32,8	1,77	0,18
Gelecek Planları								
- Evlat edinmeyi düşünme								
Evet	15	12,9	10	17,2	5	8,6	1,95	0,37
Hayır	62	53,4	29	50,0	33	56,9		
Emin değilim	39	33,6	19	32,8	20	34,5		
- Donör oosit ya da spermini düşünme								
Evet	12	10,3	3	5,1	9	15,5	3,34	0,67
Hayır	104	89,7	55	94,8	49	84,5		

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

İnfertilitenin çiftler üzerindeki etkileri incelendiğinde; infertil çiftlerin %20,7'i çocuk sahibi olamamanın eşi ile ilişkisini olumsuz yönde etkilediğini, %22,4'ü sosyal ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiğini, kadınların %13,8'i, erkeklerin %6,9'u ailelerinden dışlandığını bildirdi (Tablo 15). İnfertil kadınların %32,8'i, erkeklerin ise %25,9'u bu durumu yakın çevrelerinden sakladıklarını belirtti. İnfertil kadınlar bu duruma eşlerinin %44,8 oranla "hayal kırıklığı" şeklinde, erkekler ise %58,6 oranla "anlayışlı" tepki verdiklerini bildirdi. Cinsiyetlere göre infertilitenin çiftler üzerindeki etkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 15, p > 0,05).

Çalışma grubundaki erkekler arasında; çocuk sahibi olmamanın eşiyle ilişkisini olumsuz yönde etkilediğini bildiren ve bildirmeyenler arasında ÇUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığa rastlanmadı (ÇUÖ toplam puan U:206,500, p=0,18; çift doyumu U: 208,000, p=0,19; çift uyumu U: 219,500, p=0,27; bağlılık U: 258,000, p=0,72; sevgi gösterme U: 204,000, p=0,15; Mann Whitney U Test). Kadınlarda ise

infertiliteden dolayı eşiyile ilişkisinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirenlerin ÇUÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının, eşiyile ilişkisinin etkilenmediğini bildirenlerinkinden anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi (ÇUÖ toplam puan U: 109,500, p=0,00; çift doyumu U:110,500, p=0,00; çift uyumu U: 169,500, p=0,40; bağlılık U: 153,000, p=0,18; sevgi gösterme U: 155,000, p=0,17; Mann Whitney U Test).

**Tablo 16. Çalışma Grubunda TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

TDSÖYKÖ-KF	ÇUÖ Toplam Puan		ÇUÖ Çift Doymu		ÇUÖ Fikir Birliği		ÇUÖ Çift Uyumu		ÇUÖ Sevgi Gösterme	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Bedensel Alan	0,41	0,00**	0,27	0,00**	0,40	0,00**	0,31	0,00**	0,29	0,00**
Ruhsal Alan	0,50	0,00**	0,35	0,00**	0,46	0,00**	0,41	0,00**	0,36	0,00**
Sosyal Alan	0,32	0,00**	0,23	0,01*	0,28	0,00**	0,23	0,02*	0,35	0,00**
Çevresel Alan	0,45	0,00**	0,36	0,00**	0,46	0,00**	0,16	0,07	0,36	0,00**
Ulusal Alan	0,48	0,00**	0,38	0,00**	0,49	0,00**	0,17	0,54	0,37	0,00**

\* p<0,05

\*\* p<0,01

Çalışma grubunda TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, ÇUÖ çift uyumu ile TDSÖYKÖ-KF çevresel ve ulusal alan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken; TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf bir ilişki (bedensel-çift doyumu, bedensel-sevgi gösterme; sosyal-çift doyumu, sosyal-fikir birliği, sosyal-çift uyumu) ve pozitif yönde orta derecede bir ilişki (bedensel-ÇUÖ toplam, bedensel-fikir birliği; ruhsal-ÇUÖ toplam, ruhsal-çift doyumu, ruhsal-fikir birliği, ruhsal-çift uyumu, ruhsal-sevgi gösterme; sosyal-ÇUÖ toplam, sosyal-sevgi gösterme; çevresel-ÇUÖ toplam, çevresel-çift doyumu, çevresel-fikir birliği, çevresel-sevgi gösterme; ulusal-ÇUÖ toplam, ulusal-çift doyumu, ulusal-fikir birliği, ulusal-sevgi gösterme) belirlenmiştir (Tablo 16, p<0,01).



**Tablo 17. Kontrol Grubunda TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

TDSÖYKÖ-KF	ÇUÖ Toplam Puan		ÇUÖ Çift Doyumu		ÇUÖ Fikir Birliği		ÇUÖ Çift Uyumu		ÇUÖ Sevgi Gös.	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Bedensel Alan	0,29	0,00**	0,28	0,00**	0,26	0,00**	0,15	0,11	0,29	0,00**
Ruhsal Alan	0,27	0,00**	0,26	0,00**	0,27	0,00**	0,20	0,04*	0,18	0,06
Sosyal Alan	0,49	0,00**	0,41	0,00**	0,47	0,00**	0,36	0,00**	0,54	0,00**
Çevresel Alan	0,27	0,00**	0,25	0,01*	0,32	0,00**	0,06	0,49	0,32	0,00**
Ulusal Alan	0,32	0,00**	0,29	0,00**	0,38	0,00**	0,09	0,34	0,36	0,00**

\* p<0,05 \*\* p<0,01

Kontrol grubunda TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, TDSÖYKÖ-KF bedensel alan ile ÇUÖ çift uyumu arasında; TDSÖYKÖ-KF ruhsal alan ile ÇUÖ sevgi gösterme arasında; TDSÖYKÖ-KF çevresel alan ile ÇUÖ çift uyumu arasında; TDSÖYKÖ-KF ulusal alan ile ÇUÖ çift uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken; TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf bir ilişki (bedensel-ÇUÖ toplam, bedensel-çift doyumu, bedensel-fikir birliği, bedensel-sevgi gösterme; ruhsal-ÇUÖ toplam, ruhsal-çift doyumu, ruhsal-fikir birliği, ruhsal-çift uyumu; çevresel-ÇUÖ toplam, çevresel-çift doyumu; ulusal-çift doyumu) ve pozitif yönde orta derecede bir ilişki (sosyal-ÇUÖ toplam, sosyal-çift doyumu, sosyal-fikir birliği, sosyal-çift uyumu, sosyal-sevgi gösterme; çevresel-fikir birliği, çevresel sevgi gösterme; ulusal-ÇUÖ toplam, ulusal-fikir birliği, ulusal-sevgi gösterme) olduğu belirlendi (Tablo 17, p<0,05).

## **4.2. KALİTATİF YÖNTEMLE ELDE EDİLEN BULGULAR VE TARTIŞMA**

Çalışmanın kalitatif yapılan bu bölümünde; infertilite tedavisiyle çocuk sahibi olmuş çiftlerle görüşmeler yapılarak; bu çiftlerin evlilik ilişkisinde ve yaşam kalitesinde çocuk sahibi olduktan sonraki değişikliklerin ortaya çıkarılması amaçlandı.

Çalışma sonucunda, kalitatif yöntemle elde edilen veriler;

4.2.1. Çiftlerin Tanımlayıcı Özellikleri, Evlilik ve İnfertilite Öykülerine Yönelik Bulgular,

4.2.2. Çiftlerin Evlilik Uyumlarına Yönelik Bulgular ve Tartışma,

4.2.3. Çiftlerin Yaşam Kalitelerine Yönelik Bulgular ve Tartışma,

olmak üzere 3 bölüm halinde gruplandı. Elde edilen veriler, literatür bilgileriyle karşılaştırılıp; bulgular ile tartışma birlikte sunuldu.

### **4.2.1. ÇİFTLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ, EVLİLİK ve İNFERTİLİTE ÖYKÜLERİNE YÖNELİK BULGULAR**

Görüşme yapılan tüm bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin ayrıntılı bilgi EK-7'de gösterildi. Görüşme yedi evli çift ve infertilite sorunu deneyimlemiş iki kadın ile yapıldı. Kadınların yaş ortalaması 32; erkeklerin ise 36 idi. Dört çift görücü usulü evlenirken; beş çift tanışarak evlendiklerini bildirdi. Evlilik süresi 3-17 yıl arasında değişmekteydi. Kadınların evlilik yaşı 18-30 arasında, erkeklerin ise 22-32 arasında idi. Sadece bir erkeğin ikinci evliliği idi, diğerlerinin ilk evlilikleriydi. İnfertilite nedeni bir çiftte kadına, iki çiftte erkeğe aitken, bir çiftte her ikisine ait nedenli, üç çiftte açıklanamayan infertilite mevcuttu. Görüşme yapılan diğer iki kadından birinde infertilite nedeni kadına aitken, diğerinde açıklanamayan infertilite mevcuttu. Beş çift ikiz sahibi iken; dört çiftin yalnızca bir çocuğu vardı.

### **4.2.2. ÇİFTLERİN EVLİLİK UYUMLARINA YÖNELİK BULGULAR ve TARTIŞMA**

Görüşme yapılan çiftlerden ikisi evlilik ilişkilerinin uyumlu olmadığını bildirdi. Çiftlerden biri kendilerini “*olabildiğince anlaşabilen*” bir çift olarak tanımlarken, diğeri “*kişisel çatışmaların yaşanmadığı ama bazı problemlerin olduğu*” bir evlilikleri olduğunu belirtti. Her iki çiftte görücü usulü ile evlenmiş olduklarını bildirdi. Kendilerini “*olabildiğince anlaşabilen*” şeklinde tanımlayan çiftin arasında eğitim düzey farkı vardı ve erkek aralarındaki bu eğitim farkının eşi ile tedavi konusunda çatışmalar yaşamasında bir etken olduğu görüşündeydi:

*“Ama biliyorsun ki durumu, olmayacağını biliyorsun ama yine herkes bişi söylediği zaman, hanım onu anlatıyo, gel şunu yapalım, gel bunu yapalım, gel gidelim şuraya, git diyosun ama nereye kadar gitçeksin? Şimdi ben senin gibi evde oturmuyorum. Bunu anlatmaya çalışıyorum ama anlamıyo. Diyorum ya, yani biraz da bu eğitim işi, hanım da eğitim olmadığı için devamlı karşındakini suçlama var.”* (VZ, 36 yaşında, erkek, memur, açıklanamayan infertilite).

Görücü üsülü evlilik yapan diğer ailede ise erkek uyumlu bir çift olmamalarının altında yatan nedenlerden birinin çocuk eksikliği olabileceğini belirtiyor:

*“Çocuktan önce aslında kişisel çatışma yoktu asla aramızda ama sorunlarda yok değildi işin özü. Çocuğa bağlı (olmamasına bağlı) sorunlar vardı, eşim biraz rahatsızlık geçirdi, onun da etkisi vardı, ben Güneydoğu’da çalıştım, o dönemde bi süre ayrı kalmak zorunda kaldık yani çok iyi bir dönem değildi... Anlaşamama ya da kavga etmenin dışında bi hayat felsefesi bi farklılık vardı aslında yani o da bilmem neye bağlamak doğru olur, eğitimle ilgili olabilir, yaşam kalitesi olabilir, çocukluk dönemi ya da o dönemde ki edinilen bilgi birikimleri, bunların etkisinin de olduğunu düşünüyorum, kavga etmeyen ama çok çok iyi anlaşılan bi aile değildik, işte yani çocuğun çok büyük boşluğu vardı bunun içerisinde.”* (EY, erkek, 44 yaşında, öğretmen, erkek faktörlü infertilite).

Bir diğer görücü usülü, akraba evliliği yapan ve amca çocukları olan B çifti; evliliklerinin çatışmasız devam ettiğini bildirdi. Diğer görücü usülü evlilik yapan G çifti de evliliklerini sorunsuz yürüttüklerini bildirdi.

Katılımcıların evlilik ilişkileri üç döneme ayrılarak değerlendirildi:

- 1- Çocuk sahibi olmadan önceki evlilik ilişkisi
- 2- Tedavi sürecindeki evlilik ilişkisi
- 3- Çocuk sahibi olduktan sonraki evlilik ilişkisi

Bu kategoride verilen yanıtlar doğrultusunda toplam 5 tema ortaya çıktı:

4.2.2.1. Ayrılma, boşanma

4.2.2.2. Üzülüğünü belli etmeme

4.2.2.3. Tedavi aşaması ve başarısız tedavi sonrası eş tepkisi, desteği

4.2.2.4. Çocuk olduktan sonraki evlilik ilişkisi

4.2.2.5. Evlilikte çocuğun yeri, önemi

#### 4.2.2.1. Ayrılma, boşanma

İnfertilite çiftlerin evlilik ilişkilerini şu şekilde etkiliyordu: İnfertil olan eş, kendini suçlu hissediyor ve eşini çocuk sahibi yapamadığı için ondan ayrılmayı, boşanmayı düşünüyor. Ancak uyumlu çiftler, diğer eşin desteği ile bu sorunu birlikte aşıyorlar. Burada ayrılmak isteyen eşin cinsiyetinin önemi yok, infertilite nedeni kime aitse o ayrılmak istiyor. L ailesinde erkek, Ç ailesinde kadın infertil olmaktan dolayı kendilerini suçlu hissettiklerini ve eşinden ayrılmak istediklerini ifade ediyorlar.

Uyumlu bir çift olan ve severek evlenen L ailesinde erkek suçluluk duyduğunu ve ayrılmayı düşündüğünü şöyle dile getiriyor:

*“Eşimle çocuk sahibi olamamaktan dolayı hiç bir çatışma yaşamadık, ayrılalım olayı da yok. Bilakis ben düşündüm, kendisi düşünmedi yani suç bende olduğu halde !”* (VL, erkek, 26 yaşında, polis, varikosel nedeniyle azospermik).

Kadın ise eşinin suçluluk duymasına karşılık kendisinin ona destek oluşunu şöyle anlatıyor:

*“Eşim çok üzülüyodu daha doğrusu ikimizde mutlaka üzülüyoduk ama eşim kendi rahatsızlığından dolayı kendini suçlu hissetti, yani kendinde çocuk olmayınca, ben de ona karşı sinir asla göstermediğimi düşünüyorum mutlaka ben de üzülüyodum, ağlıyodum ama o; ben ağlayınca daha çok üzülüyodu, ki ben ağlamamaya çalışıyodum, ona moral vermek için, aşkım, tamam olur, bak tedavi olcaz, olur olur olur, öyle.”* (SL, kadın, 26 yaşında, polis, sağlıklı).

Ç Ailesinde de benzer bir durum vardı. Kadın infertilite nedeni kendine ait olduğu için suçluluk hissetmiş, eşinden ayrılmayı düşünmüş fakat eşi bunu kabul etmemiş. Kadın suçluluk duyduğunu ve çocuğun evlilikteki yerini anlatıyor:

*“Çocuk olmazsa nasıl olur hiç düşünmek bile istemiyorum aslında, çok zor bir şey yani çünkü ondan bi meyva istiyosunuz, onunla paylaşmak, onu mutlu etmek, çünkü o da bir baba olmak ister, çünkü sorun bende*

*olduğu için hep mahçup olan ve şey olan ezilen sanki ben, ezmiyodu ama sana karşı hiç bişi yapmıyodu ama hiç bir şeyini duymadım ama kendi kendime ben çok kuruntulu bi insanım çok kuruyodum kendi kendime, hani olmuyo etmiyo nolcak böyle, eziyet yapıyodum kendi kendime, üzülüyodum yani. Evlilikte çocuk olmazsa olmaz gibi geliyodu (mahçup bir ifadeyle gülüyor)... Benim için en güzel mutluluk oydu yani sırf çocuğa odaklanmıştım çünkü çok küçük yaştan beri biliyorumki çocuğum olmayacak diye.” (HÇ, kadın, 34 yaşında, ev hanımı, kadın faktörlü infertilite).*

S ailesi “açıklanamayan infertilite” tanısı almasına rağmen, kadın çocuk sahibi olamamaktan dolayı kendini suçladığını, eşinden ayrılmayı düşündüğünü fakat uyumlu bir çift olduklarını ve eşinin kendisine bu konudaki desteğini şöyle anlatıyor:

*“Bazen eşime diyodum işte böyle şakayla karışık bu kadar yani her şey çok güzel ama ben sana çocuk veremiyorum, çok üzüyorum falan diyodum, belki sen ilerde benimle ne biliyim birlikte olmak istemeyebilirsin, o yok diyodu hayır, ben seninle sadece çocuk olması için değil yani senden bi çocuğum olması için çaba sarf ediyorum, onun için benim için en önemli olan şey sensin, seni kaybetmek istemiyorum.” (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).*

Literatürde infertilitenin evlilik ilişkisine etkisinin; kişisel baş etme yöntemleri, tedaviye katılan eşler arasındaki paylaşım ve iletişime bağlı olarak değişebileceği bildirilmektedir (Repokari ve ark. 2007). Dyer ve arkadaşlarının (2002) tedavi arayışında olan 30 infertil kadınla yaptığı kalitatif araştırmasında, infertilitenin evlilik ilişkisini boşanma, ayrılma veya terk etme şeklinde tehdit eden bir problem olduğu vurgulanmaktadır. Bhatti ve arkadaşlarının (1999)’nin Pakistanlı düşük sosyo-ekonomik gruptan olan 17 infertil kadınla yaptığı kalitatif çalışmasında, kadınlardan çoğunun kocaları ve aileleri tarafından olumlu yönde destek gördüğü, kadınlardan ikisinin kocalarının yeniden evlilik yapmalarını istemelerine rağmen, kocalarının bunu kabul etmedikleri bildirilmektedir. Araştırmamızda Dyer ve Bhatti’nin çalışma bulgusuyla benzer şekilde bulgular elde edilmiştir. Tedaviye katılan eşler arasındaki paylaşım ve

iletişimin yüksek olması; çiftlerin infertilite ile etkin şekilde baş etmelerini sağlayarak, evlilik bağlarının güçlendiği ortaya çıkmıştır.

#### 4.2.2.2. Üzülüşünü belli etmeme

Özellikle uyumlu çiftler, birbirlerini üzmemek için eşlerine üzülüklerini yansıtmıyorlar. Ç ailesinde kadın, eşinin bu duruma üzülüşünü fakat kendisine bunu hiç belli etmediğini anlatıyor:

*“Mesela benim anladığım, hiç bi zaman göstermedi bana şeyini, endişesini ama her şey bittikten sonra, tüp bebekten sonra sonuç almaya gittiğimizde... O zaman anlamıştım ki gerçekten de merak ediyο, endişe ediyο, o da bekliyo yani (ses tonunu yükselterek). Bi sonuç istiyo... İlk defa o zaman panik olduğunu anlamıştım. Gerçekte o zaman anladım çünkü öncesinde hiç bişi yansıtmadı bana.”* (HÇ, kadın, 34 yaşında, ev hanımı, kadın faktörlü infertilite).

Kimi aileler çocuk sahibi olamama konusunu kendi aralarında gündeme getirmediğini, bu konu hakkında konuşmaktan kaçındıklarını belirtiyorlar. B ailesinde erkek ve kadın çocuklarının olmamalarını kendi aralarında konuşmuyorlar, ikisi de birbirlerini üzmemek için bu konuyu konuşmadıklarını söylüyor. Erkek ve kadın çocuk sahibi olmamaya karşı kendi içinde üzüntü yaşıyorlar, fakat bu duygularını birbirlerinden saklıyorlar.

#### 4.2.2.3. Tedavi aşaması ve başarısız tedavi sonrası eş tepkisi, desteği

Çalışmamızda iyi anlaşılan, uyumlu çiftlerin çocuk sahibi olmakla ilgili her aşamada birbirlerine destek oldukları belirlendi. Biri dışında tüm erkekler tedavi aşamasında eşlerine destek olduklarını bildirdiler. Bu destek çeşitli şekilde verilmişti. Birincisi ev işlerine yardımcı olarak kadının hamileliğini/tedavi sürecini en rahat biçimde geçirmesini sağlayarak; ikincisi onun yanında olduğunu belirtme, duygusal paylaşım, telkin etme gibi manevi boyutta; üçüncüsü ise ilaçlarını doğru şekilde kullanıp kullanmadığını kontrol etme, kliniğe gidiş-gelişleri eşinin en rahat edebileceği şekilde sağlama biçiminde. Görüşme yapılan tüm kadınlar başarısız tedavi sonucu yaşadıkları hayal kırıklığında erkek eşlerin desteğine vurgu yaparak, bu süreci en az zararla atlattıklarını belirttiler. Tüm kadınlar tedavi aşamasında eşlerinin kendilerine destek olduklarını, ev işlerine yardım ettiklerini, kendilerini telkin ederek manevi destek

verdiklerini bildirdi. Yalnızca biri: *“Tedavi aşamasında aslında eşim rutin davrandı, daha öncekiler gibi yani özel bişey yapmadı”* şeklinde bir ifade kullandı (HG, kadın, 32 yaşında, ev hanımı, açıklanamayan infertilite). Görücü usulü istemeden akraba evliliği yapan GB ise tedavi aşamasında eşi ile çatışmalar yaşadığını, bu çatışmaların iş yaşamı ile ilgili zorluklardan kaynaklandığını, kişisel olmadığını bildirdi.

Severek evlenen ve uyumlu bir çift olduklarını bildiren Ç ailesinde erkek eşine desteğini şu cümleler ile anlatıyor:

*“Biz evde ona iş yaptırmamaya çalışıyoruz, yatırıyoruz işte moralini yüksek tutmaya çalışıyoruz, anlayacağınız el bebek gül bebek (gülüyor). Onun sürekli yatması gereken dönemde, evi temizliyoduk, yerleri falan süpürüyoduk, bulaşıkları falan yıkıyoduk. Akşamları işten geldiğim zaman yapıyodum zaten annemlerle altlı üstlü oturuyoruz, annem yardım ediyodu bazen, öyle yaparım yani çekinmem şey yapmam, çayı demlerim, yemeği falan kahvaltı falan hazırlarım yani yapardım çekinmem öyle konularda, gocunmam... Şimdi bu ilaçları kullanırken, bu ilaçlar biraz dediğiniz gibi hormon ilaçları olduğu için onda biraz sinirden önce biraz kilo yaptı, biraz sinirlilikte oluyodu ama tabi ben o şeyin farkında olduğum için ben de ona göre davranıyodum açıkçası... Ufak incir kabuğunu doldurmayacak olaylardan, bi ne diyelim bi münakaşa çıkıyodu ben haklı olduğum olay olsa bile (gülüyor), alttan alıyodum veyahut susuyodum. Tamam sen haklısın diyodum veya bildiğin gibi yap diyodum. Yani öyle yatıştırıyodum, öyle biraz da benden kaynaklanıyo, ben de karşılık versem bu sefer daha çok büyüyebilirdi olaylar. Gel dışarı çıkalım diyodum, sakın bi yere gidelim, öyle sakinleştiriyodum yani.”*(MÇ, erkek, 32 yaşında, işçi, kadın faktörlü infertilite).

Ç ailesinde kadın tedavi aşamasında oldukça sinirli olduğunu, bunu eşine ve çevresine yansıttığını fakat eşi ve çevresindeki kişilerin anlayışlı tavırları sayesinde problem yaşamadıklarını anlatıyor:

*“Eşim çekiyodu. O bana hiç bi karşılık vermez. Hep sabretti, sabretti, bilmiyorum bu kadar sabırlı olması gerçekten benim için çok iyiydi, çok iyi bi avantajdı yani, hiç karşılık vermiyoduk, birbirimize karşı, o söylese tabi ben de cevap vercem zaten sinirliydim, hiç öyle bişeyle*

*karşılaşmadık, gerçekten güzel günler geçirdik. Ben ee çok sabırlı bir insan vardı benim karşımda. Şey yapardı mesela şaka yapardı o anda sinirim geçsin diye, işte “sinirlenince güzel oluyosun” falan derdi, mesela güzel sözlerle etkilerdi. Gerçekten de çok idare ediyolardı, yok şöyle yapalım, “hadi kalk gidelim bi yere sen şimdi çok şeysin”. Giderdik gezerdik, gelirdik, keyfimiz yerindeydi yani. Mesela tabi kayınvalideme de bazen şey yaptığım zamanlar olmuştur, sesimi yükselttiğim zamanlar, ama sağ olsunlar onlar hep anlayışla karşıladılar. Çok, çok idare ettiler yani sağ olsun hepsi yardımcı oldular.” (HÇ, kadın, 34 yaşında, ev hanımı, kadın faktörlü infertilite).*

Bir başka uyumlu çift olan L ailesinde erkek suçluluk hissini devam ettiğini ve eşinin ona destek oluş biçimini şöyle anlatıyor:

*“Tedavi başladığı andan itibaren mümkün olduğunca çok iyi davranmaya çalıştım ben kendi adıma, kendisi de biliyo zaten çünkü sonuçta benim yüzümden bu tür tedavilere giriyor, ne biliyim yani hiç olmasını istemediğim için, kendimde de suç bulduğumdan dolayı mümkün olduğunca ona iyi davranmaya çalıştım.” (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).*

ZS özellikle tedavi aşmasında başarısız girişimlerden sonra yaşadığı üzüntü karşısında eşinin kendisine destek verdiğini, eşi ile farklı şehirlerde olmasına rağmen tedavi aşamasında eşinin kendisine destek olma biçimini şöyle açıklıyor:

*“Eşim o dönemde bana çok destek oldu yani hep diyodu işte “biz çocuksuz da hayatımızı sürdürebiliriz, çocuk bizim için ilk ve gerekli amaç değil, bi araç yani olursa hayatımız renklenir ama olmazsa hiç önemli değil, önemli olan senin sağlığın, buna çok üzülme, kafanı takma” diye her zaman destek olmuştu... O dönemde olabildiği kadar yanımda oldu mesela kendi olmadığında bunun için hep birilerini görevlendirdi. Yani mesela benim babama diyodu ki “aman siz götürün, getirin, dikkat edin, şöyle yapın, böyle yapın” olamadığında böyle yapıyordu”(ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).*



AS tedavi aşamasında eşle ilişkisi hakkında şunları söylüyor:

*“İşte niye böyle oluyo, her şeyi yapıyoruz, bütün koşullar yerine geliyo, neden olmuyo, neden olmuyo onu çok sorguluyodum, bi de açıklanamayan bi tip olması da insanı onun içine itiyo, yani her şey yerinde yani bütün koşullar sağlanıyo, neden, neden, neden yani o bi türlü çözemediğimiz bişeydi kendi aramızda da, o da kendini suçlu hissediyodu heralde çünkü benimle paylaşmıyodu.”* Tedavi aşamasında eşinin kendisine çok destek verdiğini belirtiyor: *“Beni bütün kontrollerimde yalnız bırakmadı, bütün kontrollerim sırasında beni en iyi koşullarda oraya ulaştırdı, hani çok sarsılmayayım, bazen işlemler yapılıp çok hareket etmemem, dinlenmem gerektiği zaman falan eşim hepsini yerine getirdi yani her şeyi yaptı, bütün ilaçlarımı vesaire dediğim gibi birlikte yapıyoduk, bakıyodu, kontrol ediyodu... Çorabımı dahi o giydiriyodu diyebilirim, gebeliğimde bi kere dahi yere eğilip de çorap giydiğimi hatırlamıyorum, sabah kaldırıyodu beni, geceliğimi çıkartıp, üstümü giydiriyordu, hani sadece eğimliyim diye çok, haddinden fazla bir ilgisi oldu, her şeyimde yani bütün gebelik sürecimde zaten maksimum dozda yaptı, ama tedavi sürecinde de elinden geleni yapıyodu yani beni maksimum düzeyde rahat ettiriyordu...Eşimin benim karnıma dokunması, bebeklerimize işte karnımın büyüyüp belirginleşmesi aşamasında eşim sürekli karnımı seviyodu, karnıma bakıyodu, gün gün fotoğrafını çekiyordu karnımın, onu böyle albüm gibi bişey yapmıştı”(AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).*

Her ikisi de sağlıkçı olan S Ailesinde kadın eşinin tedavi aşamasında *“aşırı korumacı”* tavrının kendisinde rahatsızlık yarattığına dikkat çekiyor:

*“Eşim çok pımpirikli bir insan, mesela benim bir dönem çok hafif kanamam olmuştu, eşim “naptın” sanki çocuk düşse falan suçlu ben olucam, onu ben taşıyorum ya, ben suçlu olacaktım gibi hissettim. Aşırı korumacı tavrı eşimin, aslında beni çok rahatsız etti. Çok rahat bir gebelik geçirebilmeyi, istediğimde yürüyüş yapabilmeyi falan isterdim,*

*bunların hiçbiri olmadı. Ben dokuz ay boyunca yattım, o yüzden gebeliğin tadını çıkaramadım.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).

EY, tedavi aşamasında eşine destek olduğunu belirtiyor:

*“Eşime başka destek olacak, anlattım ya, çok da kimse yoktu, bu tamamen bana kalıyordu. Elimden geldiğince ona destek olmaya çalıştım ya da öyle olduğuma inanıyorum ben. Ben biraz daha sağlamdım hep, ama her ay hayal kırıklığı ya da iki ayda bir! Bu hep yaşandığı için, ya zor bi dönemdi!”* (EY, erkek, 44 yaşında, öğretmen, erkek faktörlü infertilite).

Uyumlu bir evliliklerinin olmamasına rağmen PY tedavi aşamasında da eşinin desteğinin sürdüğünü dile getiriyor: *“Eşim bana her türlü destek oldu, mesela evi süpürme hiç izin vermedi, hep kendi süpürdü, ben sadece ayak işlerini yapardım. Yani o, hamilelikten sonra benden daha çok, sanki kendi hamileymiş gibi, çok üstüme titredi benim.”* (PY, kadın, 42 yaşında, ev hanımı, erkek faktörlü infertilite).

Eşin verdiği destek kimi zaman ilaçların kullanım biçimlerini birlikte yapmak şeklinde ortaya çıkıyordu.

*“Çok titizdir eşim, ilaçlarımı kullandığım zaman da doğru mu yapıyorum, doğru dozda mı yapıyorum, başımda durup tek tek kontrol ederdi ama bana çok güvendiği için de ben yapıyordum, ben ediyordum, o kontrol ediyodu”* (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).

Eş desteği kimi zaman da kliniğe gidiş-gelişleri en rahat biçimde sağlamak şeklinde ortaya çıkıyordu. VZ (erkek) tedavi aşamasında kliniğe gidiş-gelişlerde eşini rahat ettirmek için taksi ile ulaşım probleminin üstesinden geldiklerini anlatıyor: *“Valla o dönem paraya falan dikkat etmedim zaten devamlı taksiyle gittim, geldim, hiç bakmadım bile. Artık o dönem büyük para gitti, ayrı bi olay da. Genellikle hiç uğraşmadım, taksiyle gidip geldik.”*(VZ, erkek, 36 yaşında, memur, açıklanamayan infertilite).

Bazen başarısız tedavi sonrası erkek eşin olumsuz tepkileri de olabiliyordu. Çiftlerden birinde kadın, eşinin başarısız tedavi sonucu üç, dört gün kendisi ile iletişimini sınırlamasından dolayı kendini daha fazla suçlu hissettiğini anlatıyor:

*“Eşim tabi hep destek oldu. Maddi manevi her şekilde, tabi eşimin dediğim gibi, başarısız olan sonuçlarda kendini çok içe kapatması, günlerce konuşmaması gibi böyle tepkileri oluyodu yani bana karşı hiç bi zaman olumsuz, kötü bi söz ya da kötü bi davranışı olmadı ama iletişimini biraz sınırlıyodu. İki gün, üç gün, onlar beni çok üzüyodu, o zaman kendimi suçlu hissediyodum.”* (AS, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).

Holter ve arkadaşlarının (2006) 117 infertil çiftin ilk IVF tedavisine gösterilen tepkilerin tedaviye başlamadan önce, tedavi sırası ve tedaviden 1 ay sonrasında değerlendirildiği çalışmasında; çiftlerin çoğunluğu tedavi sürecinde evlilik ilişkisinin geliştiğini bildirmiştir. Sydsyö ve arkadaşlarının (2005) 45 primer infertil çift ile yaptığı çalışmada, tedavi sonrası 6 ve 18. aylarda çiftlerin ilişkilerinin istikrarlı şekilde devam ettiği, evlilik ilişkisinin tedavinin olumsuz sonuçlarından etkilenmediği belirlenmiştir. Çalışmamızda Holter ve Sydsyö'nün çalışmalarıyla benzer bulgular elde edilmiştir. Görüşme yapılan çiftlerin tedavi aşamasında evlilik ilişkilerinin geliştiği belirlenmiştir. Bu sonuç üzerinde eşlerin birbirlerine destek oluşlarının etkili olduğu düşünülmektedir.

#### **4.2.2.4. Çocuk olduktan sonraki evlilik ilişkisi**

Ebeveynliğe geçiş kişisel ve kişiler arası değişikliklerin olduğu ve beklenmeyen problemler ile karşılaşıldığı bir yaşam dönemidir. İlk çocuğun dünyaya gelmesi evlilik ilişkisini belirgin şekilde etkiler çünkü ilişki iki kişiden, üç kişiye döner. Genellikle ebeveynliğe geçiş döneminde evlilik ilişkisi oldukça değerlidir. Bu dönemde evlilik doyumunda bir azalma, evlilik çatışmasında bir artış olduğu bildirilmektedir (Repokari ve ark. 2007).

Görüşme yapılan bireylerin tamamına yakını çocuk olduktan sonraki evlilik ilişkileri hakkında *“tam bir aile olma”*, *“eş ile aralarındaki bağın kuvvetlenmesi”* şeklinde ifadeler kullandılar. Bu ifadeleri kullanan bireylerden biri de kendilerinin *“olabildiğine anlaşabilen”* bir çift olarak tanımlayan Z Ailesi. Uyumlu bir evliliklerinin olmadığını ve çocuktan önceki iletişimlerinin sınırlı olduğunu bildiren VZ, çocuklar

olduktan sonra eşi ile iletişimin arttığından bahsediyor: *“Olabildiğince konuşuyoruz, oturuyoruz, konuşuyoruz birbirimizle.”* (VZ, erkek, 36 yaşında, memur, açıklanamayan infertilite).

Görücü usulü, istemeden akraba evliliği yapmış olan ancak anlaşılabilen bir çift olduklarını bildiren MB (erkek, 47 yaşında, apartman görevlisi, her ikisine ait nedenli infertilite) çocuklar olduktan sonra eşiyile ilişkisinin olumlu yönde değiştiğini, sevgi ve saygısının arttığını, sıkı sıkıya bağlandıklarını söylüyor. Karısını sevdiğini ancak sevgisini göstermeyip, kendi içinde yaşadığını belirtiyor.

B ailesinin evlilikleri, çocuk olmadan önce tekdüze giderken, çocuklarla birlikte yaşamlarına renk geldiğini, aile olduklarını, bütünleştiklerini söylüyorlar. Çocuk olmadan önce evlilik bağının çok sıkı olmadığını, bireysel olarak yaşamlarını idame ettiklerini belirtiyorlar. Çocuk olduktan sonra ise birbirlerine olan bağlılıklarının arttığını bildiriyorlar:

*“Şimdi daha bi aile gibi yani ortamına girdiğinizde. Önceden bir evi paylaşan iki arkadaş gibiydik, yani istersek konuşuyorduk, istemezsek herkes kendi işiyle meşguldü, şimdi öyle değil, ailemize ne gerekiyor, ne yapılması gerekiyor, onları konuşuyoruz, çocuklara ne yapılacak onları konuşuyoruz, işte çocuk hasta mı, değil mi, ne lazım, aile olduktan sonra şimdi bunu konuşuyoruz. Ondan önce sabah ben işe, o işe, akşam geliyorduk, yemek yeniyordu yenirse, yenmezse televizyon seyrediyorduk, öyle, sessiz, sakin geçiyordu yani.”* (GB, kadın, 37 yaşında, ev hanımı, her ikisine ait nedenli infertilite).

L ailesinde her ikisi de çocuk olduktan sonra evlilik ilişkilerinin daha da iyi olduğunu belirtiyor. Erkek: *“Benle eşim arasında biraz daha, daha çok bağlanmaya başladık. Zaten eşim hamile kaldı, çok sevindiğinden dolayı o daha çok sevindi, onun mutluluğu zaten benim mutlu olmam.”* (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite). Kadın: *“Her şey olumlu yönde, daha da böyle pozitif, olumlu, her şey daha da güzel devam ediyö, hamd olsun.”* (SL, kadın, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

AK (erkek), çocuk sahibi olduktan sonraki ve önceki evlilik ilişkisini şöyle tanımlıyor:

*“Çocuktan sonra öncelikle tabi aile olduk bi kere, her şeyden önce. Sorumluluğun oluyo, bi aile oluyosun... İşim olduğu zaman, hanımı evde bırakmam gerektiğinde, hanımın evde kalırsa, gönül rahatlığı ile gidebiliyorum. Çünkü ben biliyorum ki, hanımın evde canı sıkılmıyor, çocukla ilgileniyor. İşte altını değiştiriyor, onunla oynuyor, vaktinin çoğunu onunla geçiriyor... İllaki tartışma, kavga, işte birbirini kırma, böyle ağız dalaşı olmuştur. Ama onun dışında ayrılma, boşanma hiç düşünmedik. İleriye yönelik olur muydu diye düşünüyorum, devam ederdi bizim evliliğimiz çocuk olmasaydı da. Şimdi bambaşka tabi. Ha şimdi yine, olmuyo mu, oluyo ama, çocuğun orda bir ağlayışı, bi gülüşü, yemek yiyişi, birleştiriveriyo bizi yani... Önceden bol bol gezerdik, şu pazar senin, bu pazar benim. Tüm pazarları dolaşırdık, bişi mi alırdık, yoo, maksat evde bulunmayalım işte. Niye, mesela evde oturuyosun, bi çekyatta o oturuyo, bi çekyatta ben oturuyorum, boş boş bakıyosun, ya kitap okuyorum, ya televizyona bakıyorum, o da camdan dışarı bakıyodu... Bi defa sağ olsun kendisi çok uysaldır. Evde huysuzluk çıkaracak olan varsa o da benimdir. Huzursuzluğu ben çıkarıyodum, durduk yere. Neden olduğunu da bilmiyodum. Belki de şımarıklıktır, olabilir. Hani erkeklerin içinde bi çocuk vardır ya, heralde öyle bişidir. O açıdan hiç anlamadığımız sorun olmadı, sağ olsun.”* (AK, erkek, 34 yaşında, öğretmen, açıklanamayan infertilite).

K ailesinde kadın da eşi ile aynı görüşü paylaşıyor, evlilik ilişkilerinin önceden de iyi olduğunu fakat çocuktan sonra daha iyi olduğunu şu cümlelerle aktarıyor:

*“Önceden de iyiydik ama şimdi çocuk oldu, daha da mutluyuz (gülümsüyor)... Eşimle diyoloğum kötü değildi zaten. Çocuktan sonra daha da güzel. Daha da bağlandık birbirimize. Yani aile olduğumuzu anladık. Eskiden bir aile gibi değildik.”* (NK, kadın, 28 yaşında, ev hanımı, açıklanamayan infertilite).

RG ise çocuk olduktan sonraki eşi ile iletişimine dair: *“Bi değişiklik olmadı ama şimdi daha iyi, evlilik ilişkimiz olumlu değişti, sevgimiz değişmedi”* diyor (RG, erkek, 37 yaşında, polis, açıklanamayan infertilite).

Evliliklerinde bazı çatışmalar yaşadıklarını bildiren Y ailesinden PY evliliği hakkında şunları söylüyor:

*“Evlilikte beklentim mutluluk, huzur, sağlık, saygı ve sevgi. Bu varsa zaten o evliliktir, zaten bunun hepsini bir arada bulamıyosun, bulunmuyo da, biz de bi kaçı var, onlan da idare ediyoruz, saygı ve huzur var, geri kalanı yok, bu da yetiyo bize...Çocuk sahibi olduktan sonra yaşamımda sadece Yağmur değişti, başka hiç bişey değişmedi. Sadece Yağmur var. Geri kalan aynı, devam ediyor ama Yağmur her şeye değişiyor tabi.”* (PY, kadın, 42 yaşında, ev hanımı, erkek faktörlü infertilite).

PY'nin eşi EY ise çocuk sahibi olduktan sonra eşinin mutlu olduğunu belirtiyor:

*“Hayatımda eşim artık mutlu (gülüyor), o değişti bi kere yani eskiye göre çok daha mutlu, ben işe giderken, işte hanım evde yalnız kalacak, napacak, ne edecek, nasıl vakit geçirecek, sıkılacak mı gibi endişelerken kurtuldum en başta. Çünkü akşam geliyorsunuz, siz yorgunsunuz, eşiniz evde, ev işlerini yapmış falan ama hala işte beyni zinde, belki vücut biraz yormuştur ama senden bişiler bekliyo, konuşmanı bekliyo ya da işte çikalım, dolaşalım, gezelim. Şimdi daha yorgun oluyo, o tip yönden iyi oldu (karşılıklı gülüşmeler). Sonuçta mutlu...İlişkimiz iyi sorun yok, mükemmel değil, ya mükemmel nasıl olur onu da bilmiyorum ama bence iyi, ben mutluyum.”* (EY, erkek, 44 yaşında, öğretmen, erkek faktörlü infertilite).

Leiblum ve arkadaşlarının (1998) infertilite tedavisinden sonra evlilik uyumunun değerlendirildiği çalışmasında; tedaviden sonra halen çocuksuz olan kadınların evlilik yaşamlarıyla ilgili olumsuz durumlardan bahsettikleri bildirilmektedir. Araştırmamızda görüşülen kadınların hepsinin tedavi sonucu çocuk sahibi olan kadınlar olduğu dikkate alındığında, evlilik ilişkilerinin çocuktan sonra olumlu yönde değişmesi Leiblum'un çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Üç çift çocuk sahibi olduktan sonra, eşi ile çocuk bakımı konusunda zaman zaman “ufak tefek problemler”, “ağız dalaşı” yaşadıklarını bildirdi.

PY çocuk sahibi olduktan sonra eşiyile iletişiminin değişmediğini ancak çocuk bakımı konusunda bazı yeni problemlerin doğduğunu söylüyor:

*“İletişimimiz değişmedi, sanki biraz daha nası diyim ya, bebek olduktan sonra sanki bebeğimizi birbirimizden kıskanır gibi bi durumumuz var. Mesela ben ona diyorum işte şöyle yapma, böyle yapma, o bana diyor, bu da nasıl oluyor, karı-koca arasında uyumsuzluk oluyo, ondan dolayı biraz daha sıkıntılar arttı gibi geliyor bana... Yağmur için mesela eve geliyor işte karnını doyurdun mu veya yedirdin mi veya giydirdin mi, şöyle; ben o kadar değilim ama eşim biraz aşırı titriyor üstüne. O yüzden de tabi ki biraz karı-koca arasında problem oluyor.”* (PY, kadın, 42 yaşında, ev hanımı, erkek faktörlü infertilite).

EY: *“Çocuktan sonra ufak tefek şu oldu mesela, ya öyle tutma çocuğu, düşüreceksin, bilmem ne. İşte okula falan gittiğimde, çocukla devamlı kendisi ilgileniyo ya, ben sanıyorum ki, çocuk öyle düşer, bi yerine bişi olur. Sadece benim kendi kuruntum. Belki bu konuda biraz ağız dalaşı olmuştur.”* (EY, erkek, 44 yaşında, öğretmen, erkek faktörlü infertilite).

Son derece mutlu ve iyi anlaşabilen bir çift olduklarını bildiren HÇ, eşi ve evliliği hakkında şunları söylüyor:

*“Eşim çok iyi bir insan, çok iyi anlaşıyoruz onunla, severek evlendiğimiz için, her şeyi anlatarak, konuşarak hallediyoruz işimizi. 8 senelik evliyiz şu anda, halen mutluyuz (kahkaha atıyor)... Biz çok iyi anlaştığımız için, nası anlatıyım, çocuklarımızla da çok mutluyuz şimdi... Gerçekten eşler ikinci planda kalıyo duymasın ama (gülüyor) çünkü önce çocuğunun ihtiyaçlarını karşılamak geliyo. Çünkü o büyük diyosun, hani yani idare eder kendini sonuçta. Eskiden hiç öyle bağırma, çağırma yapmıyoduk. Mesela sesimi yükseltebiliyorum. Ay şunu da getir (ses tonu yüksek, sinirli bir ses tonu ve heceleyerek), şunu da şöyle yap, bunu da sen düşün gibi sözlerde bulunuyorum yani eşime. Ama o da tepki veriyo bu sefer, o da karşılık veriyo, önceden yoktu. Yükses ses yoktu öyle bişi ama çünkü biliyo oda farkında bütün gün stres altındayım. Hiçbir küslük olmuyo aramızda sesimizi yükseltiyoruz birbirimize ama o bilmediği için*

*ben yükseltiyorum. Aslında bende de kabahat oluyo ama mesela nası diyeyim sana, idare ediyoruz işte (gülüyor) bağırs, çağrış arada gidiyo birbirimize (gülerek söylüyor), ama hiç öyle fazla bi şeyimiz yok, aşırıya kaçmıyoruz.” (HÇ, 34 yaşında, ev hanımı, kadın faktörlü infertilite).*

Çocuk sahibi olduktan sonra erkek eşler, çocuk bakımı konusunda eşlerine ya destek veriyor ya da vermiyorlardı. Özellikle uyumlu çiftlerde çocuk bakımı konusunda erkeklerin de sorumluluğu paylaştıkları belirlendi. Özellikle ikiz çocukları olan çiftlerde bu paylaşım daha belirgin şekilde ortaya çıktı. Ç çiftinde HÇ eşinin çocuk bakımında kendisine çok yardımcı olduğunu söylüyor:

*“Benim her şeyime yardımcı oluyo. Şunu yap dediğin zaman yapıyo. Çocuklarla ilgili zaten her şeyi bilmiyo ama ideal bi baba olacak gibi görüyorum. Tam düşündüğüm gibi, anlayışlı olacak yani çocuklarla ilgilenmeyi çok seviyo çünkü. Onlarla ilgileniyo, çok güzel ilgileniyo.” (HÇ, kadın, 34 yaşında, ev hanımı, kadın faktörlü infertilite, ikiz bebek sahibi).*

Bir başka uyumlu çift olan L ailesinde SL özellikle çocuk bakımında eşinin kendisine destek olduğunu belirtiyor:

*“Gelirken, az öncede konuştuk, zaten dedim aşkım, normal yoldan bi çocuk sahibi olsaydık, en az üç tane düşünürdük çünkü sen çok harika bi babasın dedim gelirken. Çok memnunum, çok ilgili o da, çok alakalı, hani işten yorgun geldim, bakmıyım çocuğa demez, bakar, eder, bana çok yardımcı olur.. Eşime gönül rahatlığı ile bebeği emanet edebiliyorum. Eşim altını da değiştirir, mamasını da verir, kahvaltısını falan kendi yapıyo, kendi hazırlayabiliyo, öğrettim ona (karşılıklı görüşmeler), mama yediriyo, uyutuyo, üstünü de değiştiriyoy, normal, her şeyi güzel yapıyo yani.” (SL, kadın, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite, tek çocuk sahibi).*

Görücü usulü, istemeden evlenen ve akraba olan B çiftinde ise durum biraz farklı. Erkek çocuk sahibi olmadan önceki dönemde, tedavi aşamasında ve hatta çocuk sahibi olduktan sonraki dönemde destekleyici değil. İkiz bebek sahibi olmalarına



rağmen kadın eşinin çocuk bakımı konusunda kendisine yardımcı olmamasından dolayı şikayetçi. Kadın eşinin çocukları yalnızca sevdiğini, kucağına aldığını, başka hiçbir şeyle ilgilenmediğini söylerken, erkek çocuklarının tüm ihtiyaçlarını karşıladığını belirtiyor.

ZS ise çocuk sahibi olduktan sonra çocuk bakımı konusunda eşinden destek görmediğini, kendi ailesinden destek aldığını anlatıyor: “... *Eşimin asistanlığının son yılıydı ve tez dönemi idi, o yüzden eşimin çok desteği olmadı hatta odasını ayırdı eşim (gülüyor). Annem, ben çocuğa baktık.*” (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).

Cowan ve arkadaşları (1985), ebeveynliğe geçiş üzerine yaptıkları çalışmalarında; çiftlerin çoğunluğunun bu geçişi “aşırı stresli” ve “hoş” olarak tanımladıklarını bildirmektedirler. Araştırmamızda yıllarca çocuk sahibi olmayı bekleyen çiftlerin, çocuk sahibi olduktan sonra aile ve evlilik bağlarının güçlendiği, mutluluk ve doyum duygularının ön plana çıktığı gözlenmiştir. Literatür bilgisiyle paralel şekilde çiftler ebeveynlik sürecini yorucu olmasına karşın “mutluluk verici” bir süreç olarak tanımlamışlardır.

#### 4.2.2.5. Evlilikte çocuğun yeri, önemi

Uyumlu bir çift olduklarını bildiren AS evliliklerinde eksik yanın çocuk olduğunu bildiriyor:

*“Yani hiç bi zaman aramızda öyle bi sevgisizlik saygısızlık olmadı. E yani maddi anlamda da evliliğimizin sorumluluğunu üstlenen bi eşim var. Yani her şekilde, maddi, manevi. Onun için hiç bi sorunumuz yok. Ama tabi çocuk onun hep eksik taraftıydı. Onun yoksunluğunu hep yaşadık açıkçası ...Eksik olan kısmı oydu bizim evliliğimizin. Yoksa onun dışında hani bizim çocuksuz da hayatımız olsaydı yine bu evlilik devam ederdi heralde eşimin sözlerinden ifadelerinden evliliğimizin devam edeceğini bir şekilde hissediyorum, biliyorum ama tabi mutsuz olurduk, arardık yine, arardık. Yani temelleri sağlam bi evlilik.”* (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).

Kendisi akademisyen hemşire olan ve evlenmeden önce menses düzenindeki aksaklıklar nedeniyle çocuk sahibi olma konusunda problemler yaşayacağını tahmin eden ZS, çocuk beklentisiyle evlenmediğini belirtiyor. Çocuğa ilişkin şu düşüncelere sahip:

*“Objektif baktığımda; olmasa da olur, yani önemli olan iki kişinin birbirini sevmesi, sayması, yani siz eşinizle çok güzel vakit geçirebiliyorsanız, onunla arkadaşlık kurabiliyorsanız, geçiyö yani bi şekilde. Çünkü çocuğun da getirdikleri çok büyük sorumluluklar var veya işte sizin yapmanız gereken fedakarlıklar var... İşiniz varsa, vaktinizi diğer şeylerle doldurabiliyorsanız, hobileriniz varsa illaki çocuk diye bi zorunluluk olduğunu düşünmüyorum ama hani çocuk da yaşamın bir rengi, tüm zorlukların getirdiği bir güzellik var.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).

Literatürde evlenme davranışının insanoğlunun en temel davranışlarından biri olduğu ve bu kurumun en temel fonksiyonlarından birinin neslin devamını sağlamak olduğu bildirilmektedir (Fidanoğlu 2006). Çalışmamızda görüşme yapılan çiftlerin evlilik ve çocuk sahibi olmakla ilgili görüşleri literatür bilgisiyle benzerlik göstermektedir. Literatürden farklı olarak, görüşme yapılan çiftler çocuk sahibi olmayı öncelikli hedefleri olarak görmediklerini bildirmişlerdir. Bu çiftlerin evlilik ilişkilerinin güçlü ve sağlam olduğu dikkate alındığında, çocuk sahibi olmayı öncelikli hedefleri haline getirmemeleri beklenen bir sonuçtur.

#### **4.2.3. ÇİFTLERİN YAŞAM KALİTELERİNE YÖNELİK BULGULAR ve TARTIŞMA**

İnfertilitenin yaşam kalitesine etkisi;

- 4.2.3.1. Ruhsal boyut,
- 4.2.3.2. Bedensel boyut,
- 4.2.3.3. Sosyal boyut,
- 4.2.3.4. Cinsel yaşam,
- 4.2.3.5. Aile/akraba ilişkileri,
- 4.2.3.6. İş yaşamı,
- 4.2.3.7. Çevre

olmak üzere toplam 7 bölüme ayrılarak incelendi. Her bir boyuta infertilitenin farklı etkileri olduğu belirlendi. Ruhsal boyutla ilgili olarak, çocuk sahibi olmanın getirdiği mutlulukla ilişkili duyguların bireylerin ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilediği belirlendi. Çocuk bakımının beraberinde getirdiği zorlukların özellikle ilk iki yıl bedensel, cinsel ve sosyal boyutu, iş yaşamını olumsuz yönde etkilediği ortaya çıktı. Katılımcılar genel olarak yaşamlarının çocuk sahibi olduktan sonra çok değiştiğini, sorumluluklarının arttığını, önceliklerinin değiştiğini, uyku, maddi sıkıntılar ve kendine ayırdığı zaman konularında fedakarlık yapmak zorunda kaldıklarını bildirdiler. Özetle; infertilite tedavisiyle çocuk sahibi olan kişilerde; yaşam kalitesi boyutlarından ruhsal sağlık olumlu yönde etkilenirken, doğumdan sonraki ilk iki yılda bedensel, cinsel, sosyal boyut ve iş yaşamının olumsuz yönde etkilendiği, yaşam tarzının öncesine kıyasla farklılaşmasından dolayı genel yaşam kalitesinin bozulduğu belirlendi. Destek sistemleri olan bireylerin bu süreçten daha az etkilendikleri ortaya çıktı. Özellikle ikiz sahibi olan bireylerde yaşam kalitelerinin tek çocuk sahibi olan bireylere göre daha fazla bozulduğu belirlendi. Verilen cevaplarda cinsiyetler arası farklılığın olduğu gözlemlendi. Kadınlar çocuk bakımının beraberinde getirdiği zorluğun; iş yaşamına, bedensel ve sosyal boyuta olumsuz etkileri olduğunu bildirirken, erkeklerin daha çok maddi konulara ve sorumluluk artışına vurgu yaptıkları belirlendi.

#### **4.2.3.1. Ruhsal Boyut**

İnfertilite tedavisiyle çocuk sahibi olmuş kişilerde ruhsal boyut, çocuk sahibi olduktan sonra olumlu yönde etkilendi. Çocuk sahibi olmadan önce kişiler kendi ruhsal durumlarını en çok; “üzüntü”, “motivasyon eksikliği”, “sıkıntı”, “stres”, “boş bir hayat/amaçsızlık”, “endişe”, “sinir”, “ağlama” kelimelerini kullanarak tanımladılar. Kimisi çocuk sahibi olamamaktan dolayı yaşadığı ruhsal sıkıntılarını tarif etmek için “hayatla bağlarım kopmuş gibiydi”, “bir iş yapmaya çalışsam yapamıyordum” şeklinde ifadeler kullandı.

İnfertilitenin yaşam kalitesinin ruhsal boyutuyla ilgili olarak 4 tema ortaya çıktı:

4.2.3.1.1. Üzüntü/mutsuzluk/yas/keder

4.2.3.1.2. Çocuk özlemi/imrenme

4.2.3.1.3. Suçluluk

4.2.3.1.4. Tedavi işlemleriyle ilişkili endişe/panik/stress

#### 4.2.3.1.1. Üzüntü/mutsuzluk/yas/keder

Kadınlardan üçü (NK, GB, PY) ruhsal sıkıntılarından dolayı psikiyatrik yardım aldığını bildirdi. İnfertilite nedeni kendisine ait olan bir erkek kısık sesle ve yere bakarak: “*Bazen duygulanıyodum ister istemez, öyle gözlerimden yaşlar da akıyordu yani.*” dedi (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

Lau ve arkadaşlarının (2008) 192 infertil çiftin infertilite ile ilgili algıları ve tepkilerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirdiği çalışmasında; çiftlerin %30’undan fazlasının çocuksuz çiftlerin iyi yaşayamayacaklarına inandıkları bildirilmektedir. Aynı çalışmada çiftlerin %60’ından fazlası kendilerini veya eşlerini baskı altında hissettiklerini bildirmişlerdir. Erkeklerin %19,8’i, kadınların %37,5’i infertilitenin “kadınlar için küçültücü” olduğu görüşündedir. Çalışmamızda Lau’nun bulgularıyla benzer şekilde görüşme yapılan bireylerin çocuk sahibi olamamaktan dolayı mutsuz oldukları belirlendi.

#### 4.2.3.1.2. Çocuk özlemi/imrenme

Pek çok kadın “*neden başkalarının çocukları var da, bizim yok?*” şeklinde düşündüklerini ifade ettiler.

“*Doğumevinde öğrencileri staja çıkarıyordum, orda ağlayan çocukları görüyordum ve şöyle düşündüğümü hatırlıyorum: niye benim olmuyo bebeğim, ben bunu hak etmiyor muyum, anne olmayı hak etmiyor muyum, niye başarısız oluyo her girişim, niye olmuyo?*” (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen-hemşire, kadın faktörlü infertilite).

“*Çocuklu bir aile ya da sokakta herhangi bir çocuk gördüğümde; diyodum bizimde olsa, niye olmuyo ya da benim onlardan ne eksikim var? Bu böyle içsel bir şey, Allah’ım herkese veriyosun istemeyenlere üçer tane, beşer tane, bak benim koşullarım iyi, ona bakabiliriz, bu eğitime, bu güce, her şeye sahibiz, neden benim olmuyo? O nedeni sorguluyosun tabi.*” (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).

SZ çocuk sahibi olamamaktan dolayı çocuklu insanlara imrendiğini anlatıyor: “*Kardeşim benden daha ufaktı, 2 tane çocuğu vardı. Benim*

*olmuyo diye üzüliyodum. Benim de olsaydı şimdiye kadar okula gideceklerdi. Onları gördükçe insan sıkılıyo, niye olmuyo benim diye.”*

(SZ, kadın, 29 yaşında, ev hanımı, açıklanamayan infertilite).

Literatürde “*mutlu bir yaşam için*” çocuğun gerekliliği düşüncesinin, yaşam kalitesinin tüm boyutlarını olumsuz etkileyen bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Fekkes ve ark. 2003). Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunda “çocuk özleminin” belirgin olduğu ve bu durumdan kişilerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiş olup, elde edilen bulgu literatür bilgisi ile benzerlik taşımaktadır.

#### 4.2.3.1.3. Suçluluk

VL infertilite nedeninin kendisinden kaynaklanması üzerine suçluluk duygusuna kapıldığını anlatıyor:

*“Sudan çıkmış balığa döndüm desem doğru olur. Yani boşlukta hissettim kendimi, ne biliyim ağladım da yani yalan yok ağladım, çok duygulandım. Özellikle eşim için. Eşim hamile olmayı çok istiyordu, çocuk sahibi olmayı çok istiyordu, e biz de bunu veremeyince onun vermiş olduğu üzüntüyle ne biliyim, işte bunalıma girdik, psikolojikman çöktük işte (gözleri doluyor, ağlamaklı oluyo)... Kendimi çok suçlu hissediyorum. Bu tabi yüce Mevlamın takdiri ilahidir. Biz bunu biliyoruz yani, ama haliyle biri kendini suçlu hissedecekse, o da benim, başka kimse değil.”* (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

AS, infertilite nedeninin açıklanamamasına rağmen çocuk sahibi olamamaktan dolayı kendini suçlu hissettiğini, bunun nedeninin tüm tedavilerin kadın bedeni üzerinde gerçekleşmiş olmasından kaynaklandığını söylüyor:

*“Bu tarz tedavileri biliyorsunuz; eğer eşte bi problem yoksa hepsi kadının üzerinde oluyo yani o benim üzerimde olmasa bile, benim üzerimde kaldı diyim ya da ben kendimi sorumlu hissettim. Çünkü ben o tedavileri düzgün şekilde yaparsam çocuğumuz olabilir, öyle bi ihtimal var, yani ben yapmazsam, o tedavi sürecine girmezsem olmıcak. Onun için dediğim gibi bütün sorumluluğu ben almıştım. Bi de eşim de benim sağlıklı olmamdan dolayı bana çok güveniyodu açıkçası... Yani bununla ilgili*

*bütün her şey benim üzerimde oluyo, ben kontrol ediyorum, ben yaşıyorum, e tabii sonuçta o gebelik de oluştuğunda yine ben her şeyi yaşadım, katlandım.”* (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen-hemşire, açıklanamayan infertilite).

#### **4.2.3.1.4. Tedavi işlemleriyle ilişkili endişe/panik/stress**

GB tedavinin sonucunun belirsizliği nedeniyle anksiyete yaşadığını ve çocuğun gelişimine ilişkin endişeleri olduğunu belirtiyor:

*“Yumurtalar alındı, ondan sonra işte var mı, yok mu, tutmuş mu, tutmamış mı, o sırada da insan stresli, endişeli oluyo, bekliyorsun, acaba noldu, tuttu mu, oldu mu? Oldu tamam, tuttu dediler. Acaba bu seferde kalp atışları atacak mı, o da tamam, kalp atışları atıyo. Artık tutmuş yani. Bu sefer de aman eli yüzü düzgün olacak mı? Bi de ikiz olduğu için, doğuma kadar biz böyle şeydeydik, yani böyle panik haldeydik, olucak mı olmayacak mı, aman olsun, ne olur ne olmaz sürekli hastanelerdeydik ta doğuma kadar.”* (GB, kadın, 37 yaşında, ev hanımı, her ikisine ait nedenli infertilite).

İnfertilitenin ruhsal sağlığa etkilerinden bir diğeri de; geçmişte yaşanan başarısız tedavilerin çiftleri olumsuz şekilde etkilemesidir. Literatürde tedavi öncesi ve tedavi sırasında kadınların ölçülebilir düzeyde yas, keder, anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir. Çünkü tedavi; umudu temsil ettiği kadar, negatif sonuç da; umudun bitmesi ya da kayıp anlamına gelmektedir (Gürbüz 2007). Ragni ve arkadaşlarının (2005) kantitatif yaptığı çalışmasında, geçmişteki başarısız IVF girişimlerinin mental sağlığı olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Çalışmamızda, Ragni'nin çalışma bulgusu ve literatür bilgisiyle benzer şekilde özellikle başarısız tedaviler sonucu kadınlar *“hayal kırıklığı”, “umutların yıkılması”, “motivasyon eksikliği”, “derin üzüntü”, “ruhen ve bedenen tükenmişlik”, “maddi tedavi masraflarının artması nedeniyle suçluluk”* hissettiklerini bildirmektedir.

*“Tedavi sürecinde mens görmek bir yas dönemidir. Gerçekten de öyle. Ben çok üzülüyordum yani her tedaviden sonra mens olunca yelkenlerim*

*suya iniyordu ... Motivasyon belki iyi birşey ama, sonuç başarısız olursa, korkunç bir hayal kırıklığı yaşıyorsun, her seferinde de korkunç bir yıkım yaşıyorsunuz ve bu tüketiyö, ruhen de tükendim, bedenem de tükendim... Bir de maddi boyutu var. Çünkü biz tedavi olurken bunu devlet karşılamıyordu, bu yüzden bir tür suçluluk hissediyordunuz. Çünkü infertil olan benim ve benim yüzümden milyarlarca lira gidiyo gibi düşünüyorsunuz.” (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen-hemşire, kadın faktörlü infertilite).*

İnfertilitenin ruhsal sağlık üzerine olan yıkıcı etkisinin bir başka nedeni de; tedavisinin uzun zamana yayılması, tedavi işlemlerinin çok karmaşık ve alışılmadık olmasıdır (Gürbüz 2007). Araştırmamızda tedavi işlemlerinin çoğunlukla kadın bedeni üzerinde gerçekleştirilmesi, infertilitenin etkilerinin kadın ve erkekte farklılaşmasına; özellikle tedavi aşamasında kadınlarda “stres”, “endişe”, “panik” duygularının daha fazla yaşanmasına yol açmıştır.

Çocuk sahibi olduktan sonra ise; duygular en çok “mutluluk”, “sevinç”, “rahatlama”, “huzur”, “hayata bağlanma”, “yaşama amacı” kelimeleri ile ifade edildi.

#### **4.2.3.2. Bedensel Boyut**

İnfertilitenin bedensel sağlığı, çocuk sahibi olmadan önceki, tedavi aşamasındaki ve çocuk sahibi olduktan sonraki dönem olmak üzere toplam 3 dönemde de olumsuz etkilediği ortaya çıktı. Çocuk sahibi olamamaktan dolayı duyulan üzüntünün yemek yeme ve sigara içme davranışlarına da farklı şekillerde yansıdığı, bazılarında iştah kaybı sonucu kilo kaybetme, bazılarında çok yemek yeme sonucu kilo artışı olduğu bildirildi. Bir kadın ve bir erkek günde tükettiği sigara sayısının arttığını bildirdiler. Bir erkek önceden var olan glikoz değerleriyle ilgili düzensizlik probleminin bu süreçten olumsuz etkilendiğini ve hastalığının şiddetinin arttığını bildirdi.

İnfertilitenin yaşam kalitesinin bedensel boyutuyla ilgili olarak 2 tema ortaya çıktı:

4.2.3.2.1. Psikosomatik şikayetlerin ortaya çıkması

4.2.3.2.2. Tedavi sürecinin olumsuz bedensel değişikliklere yol açması

#### 4.2.3.2.1. Psikosomatik şikayetlerin ortaya çıkması

İnfertilitenin bedensel sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinden biri uykusuzluktu. Bir kadın kabus gördüğünü ve gece titremelerinin olduğunu belirtti.

GB, yemek yeme ve sigara içme alışkanlığında artış olduğunu bildirdi:  
*“Benim kilo alma problemim başladı. Bunalım gibi bişi bu; ya oturuyosun yemek yiyosun ya da sigara içiyorsun, başka yolu yok. Ben de sıkıntı olduğu zaman çok yemeye başladım, televizyon seyredip yemek yiyordum hep.”* (GB, kadın, 37 yaşında, ev hanımı, her ikisine ait nedeni infertilite).

*“Mesela önceden sigara içiyordum, daha çok tüketmeye başladım ister istemez. Bu işin sigaradan da olduğunu bildiğim halde, daha çok sigara tüketmeye başladım, elimde değildi. Yemek yemiyordum, boğazım tıkanıyordu.”* (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

#### 4.2.3.2.2. Tedavi sürecinin olumsuz bedensel değişikliklere yol açması

İnfertilitenin tedavi aşamasında özellikle kadınlarda; bedensel olumsuz değişikliklerin olduğu belirlendi.

*“Özellikle ödem oluyordu, işte kasık ağrısı böyle yattığım yerden kalkamıyorum, o kadar korkunç. ... Bedenine habire enjeksiyonlar, sabah birini, akşam birini yaptırıyorsun falan, yani birazcık şey; kabus gibi oluyo o dönem. İşlemler de acılı, ağrılı işlemler her biri, en başından en sonuna kadar. Öyle de olunca çok iyi hissetmiyorsun yani.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).

Çocuk sahibi olduktan sonra ise; çocuk bakımının getirdiği zorluklar nedeniyle bütün çiftlerde uykusuzluk probleminin devam ettiği belirtildi. Çiftler doğumdan sonraki ilk iki yıl içinde özellikle ilk 6 ayda “yorgunluk”, “uykusuzluk”, “zamansızlık” yaşadıklarını bildirdiler.



#### 4.2.3.3. Sosyal Boyut

Çocuk sahibi olamamakla ilgili yaşam kalitesinin olumsuz etkilenen bir diğer boyutu da sosyal boyuttu. Bireyler çocuk sahibi olmadan önce sosyal yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiğini, “eve kapanma”, “çocuklu ortamlara girmekten kaçınma”, “arkadaşlarıyla konuşmak, görüşmek istememe”, “damgalanma”, “tedavi gördüğünü saklama”, “çocuk sahibi olmakla ilgili yalanlar söyleme, bahaneler uydurma”, “başkalarının çocuklarıyla özlem giderme”, “çocuksuz aileler ile bir araya gelme” gibi davranışlar sergilediklerini belirttiler.

Bu boyutla ilgili 4 tema ortaya çıktı:

4.2.3.3.1. Çocuklu ortamlardan kaçınma ve izolasyon

4.2.3.3.2. Başkasının çocuklarıyla özlem giderme

4.2.3.3.3. Gizleme, saklama, bahane bulma

4.2.3.3.4. Çocuk sahibi olduktan sonra gururla sosyal ortamlara katılma

##### 4.2.3.3.1. Çocuklu ortamlardan kaçınma ve izolasyon

*“Dışarı çıkmak istemiyordum, arkadaşlar arasına girmek istemiyordum, konuşmak istemiyordum, arkadaşlarımdan soğumaya başlamıştım... Benim değil de, eşimin ailesi, çocuğumuz olmuyo diye, bazen aynı ortama girdiğimiz zaman çocuğu olanlarla aynı yere girdiğimizde böyle bi tavır takındılar. Çocuğumuz yok diye selam vermez hale gelmişlerdi, selam bile vermeyenimiz olmuştu yani. Şunlar çocuğu olmayanlar diye gösteriyorlardı bizi. Herkes öyle davranıyordu ki artık psikolojim bozulmuştu.”* (GB, kadın, 37 yaşında, ev hanımı, her ikisine ait nedenli infertilite).

*“Çok etkileniyo insan yani bir arkadaş ortamına giremiyosun, onların çocukları oluyo, çok üzüliyorsun. Yaa anlatmak imkansız, o günleri yaşamak lazım, kıskanıyorsun (ses tonunu yükseltiyor), ya işte senin niye olmuyo diye üzüliyorsun. Yani çok çaresiz bir durumda kalıyorsun ve son zamanları zaten gitmemeye başladık arkadaşlarımıza da. Yani gidipte oraya, üzülmektense, kıskanıyoduk, onun için gitmedik, bıraktık sonra.”* (HÇ, kadın, 34 yaşında, ev hanımı, kadın faktörlü infertilite).

Y ailesinde erkek, sosyal yaşamlarının çocuk sahibi olamamaktan dolayı olumsuz etkilendiği görüşünde:

*“Şimdi sosyal ilişkilerde etkisi oluyo. Şöyle oluyo; ya çocuklu aileler daha çok birbirleriyle gidip gelme ya da o tip muhabbetlerde biraz dışta kalıyorsunuz, kenarda hissediyorsunuz kendinizi, belki insanlarda öyle bi düşünce asla yoktur ama ya çocukla ilgili konuşuyolar genelde, biraz böyle ezik hissediyorsunuz kendinizi.”* (EY, erkek, 44 yaşında, öğretmen, erkek faktörlü infertilite).

*“Kimle konuşsak ilk sordukları kaç yıllık evlisiniz, niye çocuğunuz yok. Ondan sonra onla hiç bişey konuşmak istemiyosun zaten.”* (HG, kadın, 32 yaşında, ev hanımı, açıklanamayan infertilite).

İnfertilite sosyal izolasyona yol açan büyük bir yaşam krizidir (Drosdzol ve Skrzypulec 2008). Bhatti ve arkadaşlarının (1999)’nin kalitatif çalışmasında, kadınlardan ikisi, çevreden yöneltilen çocuk sahibi olmakla ilgili sorulara maruz kalmamak için, çocuklu ortamlara girmemeyi tercih ettiklerini bildirmektedir. Kadınların kendilerini toplumdan izole etme nedeni olarak, sosyal baskı gösterilmektedir. Çalışmamızda elde edilen hem kadın hem de erkeklerin çevreden gördükleri olumsuz tepkiler nedeniyle kendilerini izole ettikleri bulgusu literatür bilgisi ile örtüşmektedir.

Literatürde infertilite ile baş etmede, bu sorunu yaşayan diğer çiftlerle biraraya gelmenin önemi vurgulanmaktadır (Oğuz 2004; Peterson ve ark. 2006). Bu baş etme tekniğini kullanan yalnızca bir kadın vardı. Görüşme yapılan diğer kadınlardan farklı olarak bir kadın, çocukları olmayan kadınlarla sık sık görüşüğünü, bunun nedeninin de birbirlerini daha iyi anladıkları olduğunu belirtiyor:

*“Çocuğu olmayan bir sürü arkadaşım vardı. Çocuğu olmayan arkadaşlarım daha çoktu. Çocuğu olmayanlarla arkadaşlık yapıyordum. Sanki birbirimizi anlıyorduk, çocuğu olmayanlarla bir araya gelip konuşuyorduk. Halen de bak şimdi çocuğum olmuştur, halen o çocuğu olup da çalım atan insanlardan çok, çocuğu olmayanlarla sohbet etmeyi tercih ediyorum. Çünkü onları anlıyorum, küskünlüklerini, nasıl hayata kırgın olduklarını anlıyorum.”* (GB, kadın, 37 yaşında, ev hanımı, her ikisine ait nedenli infertilite).

#### 4.2.3.3.2. Başkasının çocuklarıyla özlem giderme

AS çocuğa duyduğu özlemi başkalarının çocuklarını severek giderdiğini dile getiriyor:

*“Ablamın çocukları vardı ve benim çocuğum yokken ben bütün çocuk sevgimi onun çocukları için harcadım. İşte onlarla görüşmek, onlara hediye almak, onlara bakmak, tatile geldiklerinde nerdeyse bütün çocuklarının sorumluluğunu üstüme alıyordum. O sevgiyi onlarla yaşamaya çalışıyordum. Ama dediğim gibi ben o çocuk şeyini, herkesin çocuğuna ilgi göstererek yaşıyordum özellikle de yeğenlerimle. Tabi kendi çocuğun gibi olmuyo ama bi süre öyle idare ettik (gülüyor).”* (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).

Öğretmen olan EY ise çocuk sevgisini öğrencileri üzerinden giderdiğini belirtiyor:

*“Ya öğretmen olunca, bir sürü çocuğunuz varmış gibi etrafınızda ilgilendiğiniz, o şekilde kendini tatmin ediyö insan, öyleydi.”* (EY, erkek, 44 yaşında, öğretmen, erkek faktörlü infertilite).

#### 4.2.3.3.3. Gizleme, saklama, bahane bulma

L ailesi çocukları olmadığını iş arkadaşları, sosyal arkadaşları ve uzak akrabaları da dahil hiç kimseye söylemediklerini, yalnızca iş yaşamında tedavi günleri için mesaiden izin almak zorunda kaldıkları için amirlerine bu konudan bahsettiklerini belirttiler. Bunun nedenini kadın *“söylemeye gerek duymadım”* şeklinde açıklarken; erkek:

*“Mümkün olduğunca hani derler ya çaktırmamaya çalıştık falan (gülüyor.) Mümkün olduğunca kimseye çaktırmamaya çalıştık....Bizim orda biraz patavatsız insan çoktur yani ister istemez gene de günahlarını almayalım ama öyle olduklarını bildiğim için, tutarlar bi laf söylerler eşim çok üzülür, ben üzülürüm, bu tür bi durum yadırganabilir ve ilerde bizim çocuğumuz için de işte tehdit etmesin diye yani iç yakmasın diye biz mümkün olduğunca saklamaya çalışıyoruz, herkesten yani. Sadece bu tedaviyi yaptırırken bizim izin almamız gereken komserler falan vardı, onlar bizi idare ediyodu, işe gelemiyoduk, bi o komserimiz falan biliyodu başka kimse bilmiyodu.”* şeklinde açıkladı (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

*“Eşimin ailesine söylemedik. Hele tedaviyi hiç söylemedik. Bunu kaldıracabilecek insanlar değillerdi. Bi de bi tanıdığım “yok canım hamile kalsa bile, o tüp bebektir, başka bi yerden gelmiştir o bebekler, öyle hamile kalmıştır” dedi yani eşimden değilmiş, öyle bi karalama gibi şeyler söylüyorlardı. Hepsine tavır koyduk, görüşmeme kararı aldık biz. Onlar konuşmaya çalışıyorlardı ama ilgilenmiyorduk. Çocuklar doğunca da meraktan geliyorlar, hani bakalım nasıllar, kime benziyorlar, onlara benziyorlar mı, öyle düşünüyorlardı gerçi bizim ailenin çoğu öyle zihniyete sahip insanlardı. Haberlerde falan işte başkasının spermi ile hamile kalmış kadınları duymuşlar, bizi de öyle zannediyorlardı.” (GB, kadın, 37 yaşında, ev hanımı, her ikisine ait nedenli infertilite).*

L ailesinde kadın çocuklarının olmamasını sakladığını, buna da “yeni evli” olmalarını sebep gösterdiklerini ve böylelikle sosyal ilişkilerinde sıkıntı yaşamadıklarını belirtiyor:

*“Sosyal ilişkilerimizde sıkıntı olmadı çünkü daha yeni evliydik. İlk başlarda ben çalıştığım için, bi de mesela çok genç evlendiğimi düşünüyorum. Hani hemen de bebek istemedim. İnsanlara, akrabalara daha istemiyoruz diyoduk. Sıkıntı olmadı, her yere gelip, gittik...Sadece yeni evli olduğumuz için doğal yolla hamile kaldığımı düşünsünler diye hiç bir şey söylemedik çünkü söylesek de söylemesek de onların bize karşı olumlu ya da olumsuz bi etkisi olacağını düşünmedim yani söyleme gereği duymadım.” (SL, kadın, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).*

ZS üzerilerinde bir aile baskısı olmadığını, kendisine yöneltilen çocukla ilgili soruları geçiştirdiğini bildiriyor:

*“He şöyle, zaten ayrı kaldığımız için 1,5 yıl böyle aman aman hadi çocuk sahibi olmuyor musunuz, ne zaman olacaksınız gibi bi baskı görmedik. Benim eğitimim de devam ettiği için ama dönem dönem kayınvalidem oğluna sormadığı için bana soruyordu, hani siz ne zaman düşünüyorsunuz gibi. Onu da ben hep işte şu anda eğitimimiz var, ayrı şehirlerdeyiz, hayatımız bir düzene girsin, o zaman düşüneceğiz diye bi şekilde geçiştiriyordum. Şimdi*

*eşim bunu çok fazla insanların öğrenip, bizim üzerimizde baskı kurmasını istemedi. O yüzden de kendi ailesine söylemedi. Ama ben annemle, babamla bunu paylaştım, bana destek oldular. Ama onun dışında olanlara bu sorunu çok yansıtmadık ve yani iyi bi kılıf oldu aslında bizim ayrı olmamız, öğrenci olmamız.” (ZS, kadın, 31 yaşında, kadın faktörlü infertilite).*

Çalışmamız ile benzer şekilde Dyer ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında kadınlar bu konuyu diğerleriyle hiç konuşmadıklarını, bunun kendileri ve eşleri arasında bir sır olduğunu düşündükleri belirtiliyor. Çoğu zaman bu konunun diğerleri ile paylaşılmamasının altında bu problemin herkes tarafından duyulma korkusunun yattığı bildiriliyor. Aktürk (2006)'ün çalışmasında ise; katılımcıların dörtte birlik kısmının tüp bebek tedavisinin gizli kalmasını istediği saptanmıştır. Bu sonuç üzerinde, toplumun aileler üzerinde oluşturduğu psikolojik baskının etkili olduğu vurgulanmıştır. Monga (2004)'nin çalışmasında infertil çiftlerin %83,3'ünün çocuk sahibi olmakla ilgili başta anne-babalar ve eş olmak üzere arkadaş, büyük anne-babalardan baskı gördükleri bildirilmektedir. Çalışmamızla benzer şekilde Dyer ve arkadaşlarının (2002) tedavi arayışında olan 30 infertil kadınla yaptığı kalitatif araştırmasında, kadınların bu durumlarını saklamak için “eşiyle kendisinin çocuk istemediğini”, “korunduğunu” söyledikleri bildirilmektedir. Çalışmamızda genellikle çocuk sahibi olamamayı açıklamak için üretilen bahanelerin tüm bireylerde benzerlik gösterdiği belirlendi. Bireyler çevrelerine çocuk sahibi olmamalarının nedenlerini “yeni evli olma”, “eğitim ya da iş yaşamının çocuk sahibi olmaya elverişli olmaması” gibi ifadelerle açıkladıklarını bildirdiler. Çiftlerin bu durumu çevrelerinden saklama nedenleri ise tüm bireylerde aynı idi: “Toplumun bu konu hakkındaki yanlış bilgi ve tutumları”. Çalışmamızdan elde edilen sonuçların Dyer, Monga ve Aktürk'ün çalışma bulgularıyla benzerlik taşıdığı belirlendi.

#### **4.2.3.3.4. Çocuk sahibi olduktan sonra gururla sosyal ortamlara katılma**

Katılımcılar çocuk sahibi olduktan sonra sosyal yaşamlarının çocuk bakımının getirdiği güçlükler nedeniyle engellendiği ve kısıtlandığını bildirdiler. Diğer yandan çocuklu ortamlara girmekten kaçınma davranışlarının sonlandığını ve bu tür ortamlara eskisine kıyasla “gururla” girebildiklerini ifade ettiler.

B ailesinde erkek, çocuk sahibi olduktan sonra çocuklarını kucağına alıp gururla gezdirdiğini söylüyor: *“Tabi tabi çocuğumdur sonuçta, tabi ki gururlanacam, alıp kucağıma devamlı gezdiriyorum.”* (MB, erkek, 47 yaşında, apartman görevlisi, her ikisine ait nedenli infertilite).

K ailesinde erkek sosyal yaşamıyla ilgili çocuk sahibi olduktan sonraki mutluluğunu şöyle dile getiriyor: *“İnsan arkadaş ortamına girince, mesela şakadan takılıyolar ben gelince işte; “oğlan babası geliyor” diyolar. Her açıdan bi mutluluğu oluyo yani. Ben şimdi öyleyim yani.”* (AK, erkek, 34 yaşında, öğretmen, açıklanamayan infertilite).

EY çocuk sahibi olduktan sonra eşini ve kendisini *“mutlu”* olarak nitelendiriyor ve bu mutluluğun sosyal yaşamına, iş yaşamına ve eşyle ilişkisine olumlu yansıdığı görüşünde:

*“Şimdi insan kendini çok iyi gözlemliyemiyo. Belki iş yaşantım daha iyidir, iyi olduğu kesin yani daha mutluyum, mutluysam biraz daha iyi çalışıyorumdur. Mutlu olan insanlar dışarı çıkmak, gezmek, insanlarla iletişim kurmak isterler, biz daha mutlu olduğumuza göre sosyal yaşantımız biraz artmıştır bence.”* (EY, erkek, 44 yaşında, öğretmen, erkek faktörlü infertilite).

Çalışmamızda görüşme yapılan bireyler tarafından yaşam kalitesinin sosyal boyutunun çocuk sahibi olmadan önceki dönemde olumsuz etkilendiği, çocuk sahibi olduktan sonraki dönemde sosyal ortamlara katılma konusunda motivasyonlarının arttığı belirlendi.

#### **4.2.3.4. Cinsel Yaşam**

Katılımcıların cinsel yaşamının; infertilitenin tedavi aşamasında ve çocuk sahibi olduktan sonraki dönemde yaşanan problemler nedeniyle olumsuz etkilendiği belirlendi. Tedavi aşamasında cinsel perhizlere uyum zorunluluğunun ve cinsel ilişkinin zamanlamasının çiftlerin kendi iradeleri dışında sağlık ekibi üyelerince belirlenmesinin çiftlerin cinsellik algılarını değiştirdiği belirlendi. Çiftler cinselliği bir haz olarak yaşamaktan çok; bir görev/mecburiyet gibi algıladıklarını bildirdiler. Çocuk sahibi olduktan sonraki dönemde ise; uykusuzluk, yorgunluk gibi çocuk bakımının beraberinde getirdiği zorluklar nedeniyle cinsel ilişki sıklığının azaldığı belirlendi.

Evlilik ilişkileri uyumlu olan çiftlerin, cinsel yaşamlarının da olumlu olduğu, yaşadıkları zorlukları birlikte aştıkları bildirildi.

#### 4.2.3.4.1. Tedavi aşamasındaki cinsel yaşam

Çocuk sahibi olmadan önceki cinsel yaşamlarının ruhsal sıkıntı, stres nedeniyle olumsuz etkilendiğini bildirenler vardı. Bireyler, cinsel ilişkileri için “mecburiyet”, “görev”, “anlamsız” gibi kelimeler kullandılar. Cinselliğin bir görev/mecburiyetmiş gibi algılandığını bildirdiler.

*“Yapabiliyoduk, haftada iki kere falan yapıyoduk, yani normal. Güzeldi ama tabi ki zordu, zor günlerdi. Yani yapsamda kafamın bi yerinde o çocuk şeyi var, ya ne kadar etkilememiş olsa da etkiliyo seni. İşte eninde sonunda yani oraya kadar da etkiliyo. Yani cinselliğimize bile etki ediyodu. Yani, sen (ses tonu yüksek) ve ben olarak zorunlu hissediyosun kendini, eşine karşı görevin, mutlu olmasını istiyosun, yani yapıyosun ama öylesine yapıyosun. Aklımın bi yerinde devamlı o vardı. Bazen ağladığım zaman bile olur yani, oluyodu, ne bileyim ben... Mesela diyolardı işte sabah yapınca daha iyi olurmuş. Biz kalktık sabah sabah yaptık, mesela eşim işe gidecek, eşim işe gitmeden önce kalkardık, yapardık mecburi, mecbur bi şey yani olay olarak görüyoduk. Eee ama biz yeter ki olsun gözüyle baktığımız için, sabah yapmışın ya da akşam yapmışın, bizim için bi sorun olmadı, bi off be demedik yani. Sabahta olsa, sabahın köründe kalkardık, eşim banyosunu yapar, giderdi işine, o kadar rahattık. Güzel günlerdi yani zor tabii ki yani bi görev ama yeter ki olsun yani nası olursa olsun. Görevde olsa yaptık (gülüyor).” (HÇ, kadın, 34 yaşında, ev hanımı, kadın faktörlü infertilite).*

B Ailesinde kadın çocuk sahibi olmadan önceki cinsel yaşamlarıyla ilgili biraz utangaç bir gülümsemeye şunları söylüyor: *“Tek düşüncemiz çocuktı, olmayınca da aman boşver diyorduk.”* (GB, kadın, 37 yaşında, ev hanımı, her ikisine ait nedenli infertilite).

Tedavi aşamasında kadın bedeninde gelişen ödem, hassasiyet, ağrı gibi olumsuz durumların ve bu dönemde uyulması gereken cinsel perhizlerin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirlendi.

*“Tedavi süresince zaten yumurtalarım benim büyüdüğü zaman işte rahatsızlık veriyodu. Bazen karnımda şişlik, yürürken özellikle son dönemlerde nadir yapıyoduk. Öyle sıkta yapmıyoduk açıkçası. Yumurtalarım büyüdüğü için yürümekte bile zorlanıyodum, böyle şişiyolardı, o esnada nadir yaptık. Hamilelikte zaten iki kere kanamam oldu benim. Bu ilk zamanlarda yasaktı. Beş aydan sonra azar azar, haftada bir.”* (SL, kadın, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

Cinselliği bir görev gibi algıladığını ve bu yüzden de zevk alamadığını Ç Ailesinden erkek şöyle anlatıyor:

*“Tedavi zamanında hiç cinsel ilişki olmadı diyebilirim yani. Ya tabi şimdi size belli bi gün, işte belirli bi saat verildiği zaman, dediğiniz gibi o moda, sana bi görev veriliyomuş, sen onu yerine getiriyomuşsun gibi algıladık açık söylemek gerekirse. Tabi öyle olunca da o işten bi zevk aldığımızı zannetmiyorum yani. Alınmıyo yani.”* (MÇ, erkek, 32 yaşında, işçi, kadın faktörlü infertilite).

Z ailesinde VZ tedavi aşamasında cinsel ilişkiye girmediklerini, bunun zamanlamasını doktorların bildirmesinin cinselliği bir görevmiş gibi algılamasına neden olduğunu bildiriyor:

*“Dediler ki şu zamanlar dokunmayacaksın, tamam dedim, o zaman dokunmadım. Olabildiğince zaten cinsel ilişkiye girmedik o zamanlar. Bazen de cinsel ilişkiye girin dediler, zorlama oldu, bi yere kadar, bi yerden sonra olmadı. İşte onu söyledikleri zamanda dikkat ettik zaten, onun dışında devamlı yaptığın için emirmiş gibi geliyo, aslında yapmak da istemiyosun. İsteksizlik olayı var.”* (VZ, erkek, 36 yaşında, memur, açıklanamayan infertilite).



Tedavi aşamasında cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini bildiren bir başka kişi de ZS idi:

*“Mesela ilk önce ovulasyon indüksiyonundan sonra spontana bırakıyosun. Mesela gün aşırı cinsel ilişki öneriyo doktorun. Bu süreçte şey, çok kötü hani önceden belli bir zaman ve şey koymazken kendine, ama şimdi koyuyosun yani ben akşam eve gidip bu işi yapıcım. Ve bu sefer işi otomotiğe bağılıyosun. Bu da çok hoş olmuyo... Onun dışında tabi mesela IVF sürecinde de etkileniyo. Çünkü hani ne biliyim embryo transfer ediliyo, sana yasaklanmasa bile sen kendine bunu getiriyosun. Acaba gebelik açısından etkilenir mi? Yani bilimsel olarak bu böyle, bunu da sana doktorun söylüyo ama sen kendini bi kat daha koruyosun. Böyle bi sürece giriyo. O yüzden de etkileniyo tabi. Mesela biz gebeliğim boyunca eşimle hiç birlikte olmadık.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen- hemşire, kadın faktörlü infertilite).

Evlilik ilişkilerinin uyumlu olduğunu bildiren AS, tedavi aşamasında cinsel ilişki yasağından dolayı ilişki yaşamadıklarını ama birbirlerine dokunarak, sarılarak bu ihtiyaçlarını giderdiklerini bildiriyor:

*“Birbirimize uzun süre sarılıyorduk, birbirimizi öpüyorduk, her şekilde birbirimize dokunuyorduk. Seks sadece o yani biz çok şey yapmadık, seks yapmıyo olmak etkilemedi. Çünkü bebeklerimizin varlığı çok büyük mutluluktı. Yani seksi aramadık, yoksunluğunu da hissetmedik. Çünkü başka, büyük bişi vardı paylaştığımız. Onun devam etmesi için bu gerekliydi yani bi kısmı tıbbi gereklilikti, bi kısmı bize bilgi verilmediği için biz cinsel ilişkiye girmedik çünkü korktuk açıkçası.”* (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen-hemşire, açıklanamayan infertilite).

Cinsel ilişki zamanının tedavi programına göre sağlık ekibince belirlenmesi, çiftlerin kendi cinsellikleri üzerinde kontrol kaybı duygusunu yoğun şekilde yaşamalarına neden olmaktadır (Repokari ve ark. 2007). Literatürde çiftlerin belirli zamanlarda cinsel ilişkiye girmeleri ve tutulan kayıtların çiftler tarafından tedavi ekibine sunulan cinsel raporlar olarak algılanabildiği belirtilmektedir. Önceden tatmin edici olan cinsel yaşam, tedavi etkilerine, infertilitenin yarattığı psikolojik baskı ve anksiyeteye

bağlı olarak olumsuz yönde etkilenmektedir. Çiftlerin cinsel yaşamı, kullanılan ilaçların da etkisiyle bozulmakta ve çiftlerin kendilerini “üreme makinesi” gibi düşünmelerine sebep olmaktadır. IVF tedavisine başvuran çiftlerde yapılan bir çalışmada çiftlerin %47’si infertilitenin ilişkilerinde yakınlaşma, güçlenme ve iletişimlerinde artmaya sebep olduğunu bildirirken, %20’si olumsuz etkilerini dile getirmiştir (Oğuz 2004). Lau ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında infertil çiftlerin yarısından fazlası cinsel ilişkide baskı hissettiklerini bildirmektedir. Newton ve arkadaşlarının (1999) infertil çiftlerle yaptığı araştırmanın sonucu, tedavi sürecinin kadınların %30’unun, erkeklerin %27’sinin cinsel yaşamlarına olumsuz etkisinin olduğunu göstermiştir (Newton ve ark. 1999). Gürbüz (2007)’ün çalışmasında infertilitenin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Çalışmamızda elde edilen yaşam kalitesinin cinsel yaşam boyutunun infertiliteden olumsuz etkilendiği bulgusu literatür bilgisi ve Oğuz’un, Lau’nun, Newton’un ve Gürbüz’ün çalışma bulgusuyla benzerlik taşımaktadır.

#### 4.2.3.4.2. Çocuk sahibi olduktan sonraki cinsel yaşam

Çiftler, çocuk sahibi olduktan sonra uykusuzluk, yorgunluk gibi çocuk bakımının getirdiği güçlükler nedeniyle cinsel ilişki sıklığının azaldığını bildirdiler.

MÇ çocuktan sonraki cinsel yaşamını anlatıyor:

*“Her şeyi çocuklara göre ayarlamak zorundasın. Kendine göre plan yapamıyorsun, ne diyosun çocuklar uyusun, bi kahve içiyim, çay içiyim, televizyon seyrediyim, çocuklar şey olsun, şuraya gidelim, böyle yapalım. Yani bütün hayatını onlara göre ayarlamak zorundasın. Çünkü sen kendi başına plan yapamıyorsun, edemiyosun, işte cinsel yaşamda da öyle... Zaten hamilelik döneminde yasaktı, hiç cinsel ilişki olmadı. Daha sonra da zaten, o şey oturana kadar, ne diyim yani çocukların eve alışması olsun, şey olsun, belli bi dönem geçer ya, büyüyene kadar, şey yapmadık ama hala da oturtturamadık diyebilirim yani... Adamın pestili çıkıyo. Zaten hanımda öyle, çocuklarla, bakıyo, ediyö yani tam manasıyla olsa bile ondan hiç bişi anlamıyorsun, şey yapamıyorsun yani, hiç bişi yok.”*  
(MÇ, erkek, 32 yaşında, işçi, kadın faktörlü infertilite).

*“Tedavi alırken belli süre yasaktı, o yasağa uyyoduk... Cinsel yaşamımız çok değişti eskisine nazaran. Aralıkları uzadı, yorgun düşüyoruz, geç uyuyosun, uykusuz kalıyorsun, öyle yani.”* (RG, erkek, 37 yaşında, polis, açıklanamayan infertilite).

Bebeğinin kolik problemleri olduğunu bildiren ZS cinsel yaşamının çocuk sahibi olduktan sonra sekteye uğradığını söylüyor:

*“Çocuk olduktan sonra oğlumdan dolayı diyebilirim ki çok uzunca süre çünkü ben uykuyu daha öncelikli buluyordum cinselliğe göre. Uyuyamayan ve sürekli uykusuz kalan bir insan (gülüyor). Yani bu o süreç, mesela ilk 2 yıl diyebilirim ki sadece hani zorunluluktan, bir görevi ifa eder gibi, çünkü şey değil, dediğim gibi önce benim dinlenmiş olmam lazım, uyumuş olmam lazım yani temel gereksinimlerimi karşılamış olmam lazım. Böyle olmadığı için de cinsel yaşamım da bundan olumsuz etkileniyo. Hani şöyle düşünüyorsunuz, tedaviler bitti, zamanlama bitti aman her şey eskiye, taa ilk haline döncek. Öyle olmuyo ama. Benim dediğim gibi, böyle sorunlu bi çocuğum olduğu için belki.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).

*“Seyreldi desem yeridir, azaldı. Bu azalmanın sebebi; bi isteksizlik misteksizlik değil. Ama bebekten dolayı dediğim gibi çok uykusuzuz, vakit bulamıyoruz, ben çalışıyorum, eşim çalışıyo, zaten çalıştığımızdan dolayı bi yorgunluğumuz oluyo, bebeğimizde sürekli ilgi istiyo, uyku problemi de var yani böyle çok uyuyan bi çocuk değil, az uyuyo, onu sallamak bile bizi yoruyo, akşam olunca böyle yorgunluktan uyuyoruz (gülüyor).”* (SL, kadın, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

#### **4.2.3.5. Aile/Akraba İlişkileri**

Katılımcıların aile/akraba ilişkilerinin farklılık gösterdiği belirlendi. Görüşme yapılan bireylerin aileleri, infertil çiftlere karşı başlıca 2 şekilde tepki gösteriyorlardı:

4.2.3.5.1. Olumlu tavır (destekleme, yönlendirme),

4.2.3.5.2. Olumsuz tavır (baskı, dışlama).

Çiftlerin destekleyici olan aileler ile görüşmelerini devam ettirdikleri, baskılayıcı ailelerden ise kaçma ya da tedavi olduklarını gizleme davranışları sergiledikleri belirlendi. Ailelerinden destek gören infertil çiftler bu destekleyici tavrı tüm dönemlerde gördüklerini bildirdiler. Aileleriyle sorun yaşayan infertil çiftlerin ise, bir kısmı çocuk sahibi olduktan sonra ilişkilerinde düzelmeler yaşandığını, diğerleri ise kopan ilişkilerini yeniden yapılandıramadıklarını bildirdiler.

#### 4.2.3.5.1. Olumlu tavır (destekleme, yönlendirme)

Aile/akrabaların infertil çiftlere karşı destekleyici tavırları şöyle ifade edildi:

- Kliniğe gidiş-gelişlerde refakat etme
- Tedavi masraflarına yardım etme
- Telkin etme, umut aşılama
- Sabır gösterme

*“Benim annem bizim en büyük destekçilerimizden bitanesiydi. Babam da öyle. Mesela hastaneye her gidişimizde yanımızdaydılar. Annem de biraz gün görmüş bi insan, biraz böyle girişken bi insan diyim ben, her zaman yanındaydı... Tedavi sürecinde tabi onlar da başladığımızı öğrenince işte dedim ya, onlar da iyi dileklerini bize sunuyolardı, tabi onlar da gelip ziyaret ediyolardı, moralini yüksek tut işte hayırlısıyla iyi sonuçlanacağını söylüyolardı. Onlar da çok büyük destek oldular özellikle komşularımız olsun, akrabalarımız olsun, onların da yardımı çok oldu diyebilirim yani, sağ olsunlar. Güzel bi ortamdı, bizim bulunduğumuz ortam yani komşuluk ilişkileri iyi olan bi ortam mahallede.”* (MÇ, erkek, 32 yaşında, işçi, kadın faktörlü infertilite).

L ailesinden erkek, kendi ailesinden ummadığı şekilde, olumlu tavır gördüğünü belirtiyor:

*“İnanın hiç böyle destek olacaklarını bilmezdim. Gayet artık nası diyim, okumadıkları halde gayet iyi davrandılar yani bi çok kültürlü insanın yapamayacağı şekilde yani yapamayacağı sabrı gösterdiler. Hakkaten çok sabırlı davrandılar, çocuğunuz olur, merak etmeyin dediler, haliyle artık kendi içlerinde ne olduğunu bilmiyorum ama bana karşı çok iyilerdi. Hatta*

*eskisinden daha iyilerdi yani o kadar diyebilirim.” (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).*

İnfertilite nedeni erkeğe ait olan Y ailesinde erkeğin ailesi destekleyici tavır sergiliyor, maddi olarak da tedavi masraflarına destek veriyor. PY: *“Tabi yani büyükler bilirsiniz kayınvalide, kayınbaba, hani bi yerde işte çocuk olmuyo ama biliyolardı oğlu biraz sorun olduğu için. O yüzden yani hiç kimse karşı gelmedi yani, kendi ailemde zaten olmadığı için problem olmadı.” (PY, kadın, 42 yaşında, ev hanımı, erkek faktörlü infertilite).*

#### **4.2.3.5.2. Olumsuz tavır (baskı, dışlama)**

İnfertil çiftlerden bazıları aile/akrabalarından çocuk sahibi olmakla ilgili baskı gördüklerini, dışlandıklarını, kötü muameleye maruz kaldıklarını bildirdiler.

B ailesinde kadın, eşinin ailesi tarafından kötü muamele gördüklerini ve bu nedenle onlarla görüşmeyi kestiklerini, onlardan uzaklaşmak için evlerini başka bir semte taşıdıklarını bildirdi.

AS kendi ailesi tarafından destek gördüğünü, çocuk sahibi olamadıklarını yalnızca kendi ailesi ile paylaştıklarını, erkeğin ailesinin bu konuda baskıcı oluşundan dolayı, yaşadıkları sürecin herhangi bir kısmına erkeğin ailesini dahil etmediklerini belirtiyor:

*“Onlardan (kendi ailesi) çok büyük destek gördük. Yani tek bilen aile büyüğümüz onlardı çocuk sahibi olmayla ilgili çabalarımızı. Biz kimseyle paylaşmadık, hiç bi aile yakınımızla. Hatta eşimin ailesi, kardeşleri bizden uzak bir ilde oturuyorlar ama yine de onlara hiçbir şekilde bilgi vermedik, bilmediler... Bunu ben arzu ettim yani onu çok da şey yapamıyorum hani onlara güvenmemek de değil ama yani bu beni üzen bir şeydi ve insanların bana bunu sorması beni daha da üzecekti yani işte hala çocuk yok mu, çocuğunuz olmuyo mu, ne aşamadasınız, işte öyle mi oldu, böyle mi oldu yani onlara bişey açıklamak zorunda kalmamak için hiç söylemedik.” (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).*

Dyer ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, ailelerin evlilik ilişkisine etkisinin olumlu (destekleme ve yönlendirme) ve olumsuz (baskı, istismar kaynağı) olabildiği vurgulanmaktadır. Çalışmamızda da Dyer ve arkadaşlarının çalışma bulgusuyla benzer şekilde infertil çiftlerin ailelerinin destekleme ve dışlama olmak üzere başlıca iki şekilde tepki gösterdiği belirlendi.

#### 4.2.3.6. İş Yaşamı

Görüşme yapılan dokuz kadının altısı ev hanımı, biri polis, ikisi de akademisyen-hemşire idi. Erkeklerin ise; ikisi öğretmen, ikisi işçi, ikisi polis ve biri memur idi. Katılımcılar, tedavi sürecine katılımı ilgili mesai saatlerinde izin almanın kendilerini yorduğunu bildirdiler. Ev hanımı kadınlardan biri daha önce çalıştığını fakat tedavi sürecinde işinden ayrılmak zorunda kaldığını bildirdi. Polis olan kadın tedavi sürecinde vardiyasını değiştirmek koşuluyla randevularına gidebildiğini belirtti. Akademisyen-hemşirelerden biri iş yaşamında gerek amiri, gerekse de iş arkadaşlarıyla ilgili çeşitli problemler yaşadığını bildirdi. İş yaşamında; bireyin yokluğunda yerine onun işini yapabilecek birinin olması, memuriyet, vardiyalı çalışma, esnek çalışma programı etkili faktörler olarak belirlendi. İş yaşamıyla ilgili 3 tema oluştu:

- 4.2.3.6.1. Randevuya gidebilmek için iş yaşamıyla ilgili düzenlemeler yapma
- 4.2.3.6.2. İş verimliliğinin azalması
- 4.2.3.6.3. İş arkadaşları ve amirin tutumu

##### 4.2.3.6.1. Randevuya gidebilmek için iş yaşamıyla ilgili düzenlemeler yapma

Randevuya gidebilmek için ikisi de polis olan L çifti ve RG (erkek, polis) gece vardiyasına geçtiğini, memur olan VZ (erkek) tedavi için mesai saatlerinde izin almanın kısmen daha rahat olduğu bir kuruma geçtiğini, öğretmen olan EY (erkek) ve AK (erkek) ise ders saatlerini randevu saatlerine göre ayarladıklarını bildirdiler. Kadınlardan biri özel sektörde çalıştığını ve tedavi sürecinde işinden ayrılmak zorunda kaldığını bildirdi.

*“Yerimi değiştirmek istedim, daha rahat, sakin bi yere geçtim. Öylelikle bu işin peşinden koşabildim yoksa önceki iş yerimden izin alamıyodum.”* (VZ, erkek, 36 yaşında, memur, açıklanamayan infertilite).

*“Tedavi aşamasında işte belli dönem izinler gerekiyo veya işte embrio transferinden sonra dinlenmek istiyorsunuz çünkü hep şu geliyo aman işe dönersem tutmaz, başarısız mı olur gibi falan, öyle etkilendim... Doğum sonrası o yıllarda izin vermek iş yerinin insiyatifindeydi. İş kanunu çıkmamıştı henüz ve okul müdürü izin vermedi mesela eleman sıkıntımız var diye ücretsiz izin hakkımı kullanamadım, o yüzden de devam etmek zorunda kaldım.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen-hemşire, kadın faktörlü infertilite).

*“Sabah karşıda oturuyodum, taksi tutup kontrole gidiyodum, her sabah ultrasona girmem gerekiyodu folikül izlemi için, Cerrahpaşa'ya gidiyorum, düşünün Maltepe gibi bi yerden Cerrahpaşa'ya on dakika işlemim sürüyo, ordan çıkıyorum, taksiye biniyorum, buraya geliyorum ve buradan işte akşam evime gidiyorum yani işten o kayıp olmasın ya da ben insanlara şurdayım, gelicem gibi bi açıklamada bulunmamak için maddi manevi bütün koşullarımı kullanıyodum. Yani aylık 500 liraya yakın taksi parası veriyodum ki hani insanlara ben ultrasona gidicem, geç gelicem ya da şurda olucam, burada olucam diye açıklamada bulunmamak için. Bazı işlemlerimi cebimden yaptırıyodum, işte gecikmeyi ya da tedaviyi engelleyecek her şeyi maddi manevi kompanse etmeye çalışıyodum ki; bi de bunların işe yansımaması için, minimum düzeyde yansımaları için de çaba sarf ediyodum. Daha az izin almak, daha az insanla bu konuyu paylaşmak için.”* (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen-hemşire, açıklanamayan infertilite).

Redshaw ve arkadaşlarının (2007) infertilite tedavisi ve bakımda kadınların yaşadıkları deneyimleri araştırdığı çalışmasında, kadınların bir çoğunun bu özel durumlarını iş vereni ile paylaşmak zorunda kalmasından dolayı rahatsız oldukları, iş vereni ve iş arkadaşlarıyla çeşitli problemler yaşadıkları bildirilmektedir. Çalışmamızda Redshaw'ın çalışma bulgusuyla benzer şekilde bulgular elde edilmiştir.

#### 4.2.3.6.2. İş verimliliğinin azalması

L ailesinde erkek özellikle kendisinde azospermi olduğunu öğrendikten sonra polislik mesleğini etkileyebilecek dalgınlıklar yaşadığını dile getiriyor: *“İşte dalgınlıklar, sonuçta polis memuruyum ben, çevik kuvvette çalışıyorum, ne biliyim, çok dağılmalar, dalgınlıklar falan oldu.”* (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

ZS, çocuk sahibi olduktan sonra çocuk bakımındaki güçlükler nedeniyle işteki verimliliğinin azaldığını ifade ediyor: *“Benim oğlum problemlili olduğu için yani sürekli ağlayan, sürekli uyumayan bir çocuk olduğu için ben ilk boş vaktimde uyumaya çalışıyordum ve iş yerinde de böyle ruh gibi, gözü açık ama beyni uyuyan bir kadındım.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).

#### 4.2.3.6.3. İş arkadaşları ve amirin tutumu

Katılımcıların iş arkadaşları ve amirlerinin; destekleyici olmak ve desteklememek/zorluk çıkarmak olmak üzere başlıca iki tutum sergiledikleri belirlendi. İnfertilite tedavisi gördüğünü amiri ile paylaşmak zorunda kalan katılımcıların tamamına yakını bu konuyu amirleriyle görüştikten sonra problemin ortadan kalktığını bildirdiler.

*“En az 40 kişilik bi grup içinde çalıştığımız için, bi kişinin olmaması onlar için hiç bişey ifade etmiyo. Sonuçta ben olmasam da olur, yerime geçebilecek bi alternatifim var. O nedenle hiç bi problem yaşamadık. Bizim başımızdaki amirde çok iyi, çok ketum olduğundan ne biliyim sonuçta bi amirde olması gereken vasıfları taşıdığından, durumumu arz ettikten sonra daha iyi olduğunu düşünüyorum.”* (VL, erkek, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

Katılımcılardan iki erkek ve iki kadın infertilite tedavisi gördüğünü iş arkadaşları ve amiriyle paylaşmak zorunda kalmasından dolayı rahatsızlık duyduklarını ifade ettiler.



*“İş yaşamım (düşünüyor) işte amirim biliyodu bi tek. Her sabah hastaneye geldiğim için, bi de çalıştığım için de çok zor oluyodu, bi de arkadaşlardan gizlediğim için, komsere söyledim böyle böyle bi durum var dedim, o en baştan biliyodu. O, sağ olsun yani hastaneye gelip gitmeme bir şey demiyodu yani. İş yaşamımda öyle olumsuz bişi olmadı... Gece vardiyasına geçtim, gece çalışıp gündüzleri hastaneye gidiyordum, işten çıkıp sabah hastaneye geliyodum yani arkadaşlarım bilmiyolardı. Problem olmadı gecede olduğum için, gece gidiyodum yine ben sabahta hastanedeydim. Kimse fark etmedi.”* (SL, kadın, 26 yaşında, polis, erkek faktörlü infertilite).

*“Şeyden çok hoşlanmadım, işin açığı hani amirimle bunu paylaşmaktan, okul müdürümle bunu paylaşmaktan çok da hoşlanmadım ama paylaşmak zorunda da kalıyorsunuz.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).

Kimisi iş arkadaşlarının kendilerine destek olduğunu bildirdi:

*“Şimdi iş arkadaşlarımla, aynı odadakilerle bunu paylaşıyordum ama bundan da ben sıkıntı duymadım. Çünkü benim sosyal yaşamımda da görüştüğüm insanlardı oda arkadaşım ve bana çok destek oldu. Hatta benimle film çektirmeye geldi, yanımda olduğunu hissettim.”* (ZS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, kadın faktörlü infertilite).

Amirinin izinler konusunda baskı yaptığını, zorluk çıkardığını bildiren MB, patronu tarafından iftiraya uğradığını, iş yaşamında yaşadığı sorunların eşle ilişkisine de olumsuz yansıdığını bildirdi:

*“İşte izin alırken sanki ben ona yükümü gibi, işte hastaneye gidicez diyodum, kendisi de birkaç defa burada hastanede gördü, yok dedi, sen kandırıyosun, işten kaçıyosun dedi, ondan dolayı sorunlar oldu... İşe yetişmeyle ilgili hanımla tartışmalar, kavgalar oldu, ben şey yapıyodum, hadi gidelim, elin işidir, bırakıp gidemiyosun. O konuda biraz hanımla tartıştık. Diğer konularda şey değil de, sadece iş konusunda, gelip gitmeler için laf duymak istemiyordum.”* (MB, erkek, 47 yaşında, apartman görevlisi, her ikisine ait nedenli infertilite).

Bir akademisyen-hemşire iş yaşamında iş arkadaşları ve amirinin olumsuz tutumundan dolayı oldukça ciddi problemler yaşadığını bildirdi. İş arkadaşlarının kendisiyle ilgili bu özel konuyu kendi isteği dışında başka kişilerle paylaştığını, iş arkadaşlarının ve amirinin kendisine anlayışlı davranmadığını, performansındaki değişikliklerin kullandığı ilaçlara bağlanarak iş yaşamındaki kişiler tarafından yargılandığını bildirdi. İzin alma problemi yaşadığını, bu problemi çözmek için senelik izinlerini kullandığını, klinikten işe yetişmek için her gün taksiye binmek zorunda kaldığını ve bunun aile bütçelerine zarar verdiğini söyledi:

*“Beni en çok yıpratın şey, iş ortamında bu süreci yaşıyo olmaktı. Çünkü anlamıyorlar ne olursa olsun, siz ifade etseniz de o insanlara, onu yaşamayan insanlara abartılmış geliyo... Mutlaka bi yerinden bi şekilde izin almak zorunda kaliyosunuz. Onu kompanse etmeye çok çalıştım. Senelik izinlerimi bile ben bunun için harcadım, kurumuma bildirmemek için. Bilmiyorum benim gibi çalışan insanların bununla ilgili sıkıntıları olmuştur muhakkak. Bunların ifade ediliyo olmasına da seviniyorum açıkçası... Arkadaşlarımla kendi isteğimle paylaşmak istemedim. Sağlık raporlarının falan yönetime bi şekilde iletilmesi zorunluluğu paylaşmayı da getirdi ama bu benim isteğimle hiç bi zaman olmadı ve bundan da hiç mutlu olmadım, beni en çok üzen şey iş ortamımda bunu paylaşıyo olmaktı. İnsanların yani bi kişiyle paylaştığım şeyin başka insanlara aktarılması çok üzücü. Nelerinden rahatsız oluyodum; işte bi durgun olabilirsin ya da oğün kendini çok iyi hissetmeyebilirsin herkes bununla ilişkilendiriyodu bunu, a sen tedavi mi alıyosun, hormon mu alıyosun, bilmem ne mi yapıyosun, yoo hayır, herhangi bişeyim yok yani herkesin günlük yaşayabileceği şeyler, bazen insan kendini ilginç hissedebilir ama bazen de kendini yorgun ya da farklı hissedebilirsin ya da o yüzüne yansıyabilir de. Bu hep benim çocuk sahibi olamama şeyimle ilişkilendiriliyordu. Hatta işte unutkan olduğum, benim kullandığım ilaçlardan dolayı biraz unutkan olduğum; böyle yorumlarda yapıldı. İzin almam gerektiğinde, hep işte sen çok izin alıyosun, herkes çocuk sahibi olmak ister, sen bu konuda çok fazla hassasiyet*

*gösteriyosun deniliyordu. Arkadaşlarımın arkamdan konuşmalarına şahit oldum.*” (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen, açıklanamayan infertilite).

#### **4.2.3.7. Çevre**

Bu boyutta maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım konularında ulaşılabilirlik ve bunların niteliği, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinleme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik/gürültü/trafik/iklim) ve ulaşım imkanları incelendi. Görüşme yapılan bireylerde bu süreç içinde, yaşadığı ortamı değiştiren yalnızca bir çiftin olduğu belirlendi. Bu boyutla ilgili başlıca 3 tema ortaya çıktı:

4.2.3.7.1. Maddi yükün artması

4.2.3.7.2. Kişinin kendine ayırdığı zamanın azalması

4.2.3.7.3. Yasal prosedürlerin zorluğu

##### **4.2.3.7.1. Maddi yükün artması**

Bireyler; maddi kaynaklar konusunda tedavi masrafları ve çocuğun gereksinimlerinin kendilerine fazladan bir gider kapısı açtığını bildirdiler. Özellikle ikiz sahibi ailelerde bu masrafın daha fazla olduğu bildirildi. Çoğu aile tedavi masraflarının bütçelerini sarstığını, tedavi olabilmek için maddi konularda birtakım fedakarlıklar yapmak zorunda kaldıklarını belirtti. B ailesinde kadın tedavi için para biriktirebilmek amacıyla çalışmaya başladığını ifade etti.

*“Şey oluyodu o zaman, işte belirli bir gelirin var, bir kısmını kiraya veriyosun, birazını da bi tarafa biriktiriyosun. Sonra onu öyle biriktiriyosun biriktiriyosun, sonra “bi doktora gitsek, tedavi görsek, uğraşsak” diyosun. Maddi imkanlar açısından bakıyosun. Mesela ben tam 8 yıl önce şimdinin 250 lira parası ile doktora muayene olmuşum. Tedavi olmak istiyosun, parayı vermek istemiyosun. Çünkü sen o parayı iki-üç ay da biriktirmiş oluyosun. Zor bişi yani ikilemde kaliyosun. Çocuk olsun, tamam. Ondan sonra çalışıyosun, biriktiriyosun, onu da vermek istemiyosun. Başkaları hiç uğraşmadan çocuk sahibi oluyo. Sonra düşünüyosun, bizim neden olmuyo? Tedaviye gideceksin, gideceksin sonucunu alamıcağsın. Bunların hepsini biz yaşadık, dört kere*

*aşılama yaptırdık.” (AK, erkek, 34 yaşında, öğretmen, açıklanamayan infertilite).*

MÇ ise çocuk sahibi olduktan sonraki maddi sıkıntıları ile ilgili kısık sesle ve endişeli bir yüz ifadesi ile şunları söylüyor:

*“Sorumluluk çok arttı yani özellikle maddiyat konusunda olsun, şey konusunda olsun, hakkaten çok zor, yetişemiyorum diyebilirim yani yetişemiyorum... Maddiyat kötü, çünkü karşılamıyo yani gelen az, giden çok, çok olunca onu dengede tutamıyoruz, dengede tutamayınca, napıyosun, kredi kartlarına yükleniyosun, bu nereye kadar böyle gidecek?” (MÇ, erkek, 32 yaşında, işçi, erkek faktörlü infertilite).*

#### **4.2.3.7.2. Kişinin kendine ayırdığı zamanın azalması**

Çocuk sahibi olmanın yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme üzerine olumsuz etkilerinin olduğu belirlendi. Tüm bireyler çocuk sahibi olduktan sonra kendilerine ayırdıkları zamanın çok azaldığını ya da hiç kalmadığını bildirdiler.

*“Birini yatırıyosun öbürü kalkıyo. Ay Allah’ım diyorum yani gerçekten o kadar zorlanıyorum ki... Her istediğini, istediğin zaman yapamıyosun, kısıtlanıyosun. Eskiden diyoduk mesela masada oturuyoduk, beraber kahvaltı ediyoduk, konuşçak konu bulamıyoduk, birbirimize bakıyoduk sadece öyle. Şimdik diyoruz ki yüzümüze bile bakamıyoruz yani öyle nası yiyipte, nası çocuklarla ilgilenelim diye düşünüyoruz gerçekten. Bazen saçımı topluyayım diyorum paldır kültür hiç taramadan, hiç vakit ayıramıyosun. Çünkü devamlı senden bişiler istiyolar yani hep kucağını istiyolar, hep hep seninle, gerçekten çok zor şimdi.” (HÇ, kadın, 34 yaşında, ev hanımı, kadın faktörlü infertilite).*

#### **4.2.3.7.3. Yasal prosedürlerin zorluğu**

Sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda bireylerin çoğu bir problem yaşamadıklarını bildirdiler. Sadece bir kadın gebelik oluştuktan sonraki aşamada

danışmanlık hizmetlerinin yetersizliğinden bahsetti. Bir erkek de sevk işleminin karmaşıklığı yüzünden tedaviyi bırakacak aşamaya geldiklerini bildirdi.

*“IVF’ten çıktıktan sonra doğum kliniği artık size bakıyo ve o arada da benim kanamam başlamıştı, o aşamada ne IVF bize müdahale etti, ne doğum kliğini. Arada kaldık yani IVF bizim şu anda yapacağımız bişey yok diyo, kadın-doğum servisi size bakıcak diyo, e kadın-doğum servisi çok fazla sizinle ilgilenmiyo. Çünkü işte üçüz gebesiniz, o anda bi perinatalogla iletişim kuramadık. Özellikle ben bunun sıkıntısını çok yaşadım. Perinatalogun gelmesi gerekliydi çünkü gebelik devam edecek mi etmicek mi, redüksiyon yapalım mı, bunları bize soruyolar, biz de diyoruz ki bize bilgi verin hani bunun avantajları ne, dezavantajları ne, şu anda yapılırsa biz öbürlerini de kaybedebilir miyiz, nolucağıyla ilgili bize hiç bilgi verilmedi. Yani benim en büyük şeyim sağlık çalışanlarıyla yaşadığım gebelik oluştuktan sonraki danışmanlık aşamasıyla ilgiliydi, o aşamada çok yetersizdiler.”* (AS, kadın, 31 yaşında, akademisyen-hemşire, açıklanamayan infertilite).

*“Bu yeni yasa çıktı ya, SSK ile ilgili, tedaviyi devlet karşılıyo falan diye, biz tekrar başvurduk, o başvururken de bunların belli bi kriterleri vardı, işte sevk falan istiyolardı. Ya bu sevk olayı bizi çok uğraştırdı, ya bizi tüp bebek yapmaktan öte, o prosedürleri yerine getirmek, o evrakları tamamlamak, şey yapmak, onlar bizi çok yıprattı, çok yani, devlet şeylerini biliyosunuz zaten, kriterleri olsun, istediği evraklar olsun. Biz bi sevk yüzünden az kalsın bu işten vazgeçiyoduk.”* (MÇ, erkek, 32 yaşında, işçi, kadın faktörlü infertilite).

## 5. TARTIŞMA

Araştırma, infertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Bu amaç doğrultusunda iki yöntem ile veriler toplanmıştır.

Bu bölümde kantitatif yöntem kullanılarak elde edilmiş veriler 3 başlık altında, literatür bilgileri ile tartışılarak sunulmuştur.

### 5.1. ÇİFTLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ, EVLİLİK VE İNFERTİLİTE ÖYKÜLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu başlık altında; çalışma ve kontrol grubundaki çiftlerin; sosyo-demografik özellikleri, evlilik ve infertilite öyküsü literatür bilgileriyle karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Araştırmamızda iki gruptaki kadın ve erkeklerin yaşlarının benzer olduğu saptanmıştır. Bu benzerlik iki grubun homojenliği açısından önem taşımaktadır. Ayrıca kontrol ve çalışma grubundaki kadın ve erkekler arasında eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından da anlamlı farklılık bulunmamıştır. İki grup arasında yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu arasında farklılığın bulunmayışı, grupların benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Bu durumun çalışma sonuçlarının güvenilirliğini arttıran bir faktör olduğu düşünülmektedir.

#### 5.1.1. Yaş

Kadın yaşının fertilitiyi etkileyen önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Literatürde kadının doğurganlık döneminin 15-49 yaş arası olduğu bildirilmesine rağmen, biyo-psiko-sosyal yönden en uygun çocuk doğurma yaşının 20-34 olduğu vurgulanmaktadır (Arıcı ve ark 2006; Gilbert ve Harmon 2002; Günalp ve Tuncer 2004). Çalışmamız kapsamına alınan çalışma grubundaki çiftlerin %93,1'inin yaşlarının 35 yaş ve altında oldukları, bu gruptaki kadınların yaş ortalamasının  $29,08 \pm 4,00$  (21-37 arası) olduğu, erkeklerin  $32,93 \pm 5,39$  (23-48 arası) olduğu, kontrol grubunda ise kadın (21-41 arası) ve erkeğin (25-45 arası) yaş ortalamasının sırasıyla  $31,01 \pm 5,47$  ve  $35,11 \pm 5,22$  olduğu belirlendi.

Taşçı ve arkadaşlarının (2008) 144 infertil kadının evlilik ilişkilerini değerlendirdiği çalışmasında yaş ortalaması  $30,4 \pm 5,2$  olarak belirlenmiştir. Gürbüz (2007)'ün çalışmasında yaş ortalaması infertil kadınların  $31,67 \pm 4,83$ , infertil erkeklerin ise  $35,12 \pm 5,10$  olarak belirtilmektedir. Ataman (2007)'in 50 infertil ve fertil kadının

psikososyal bakım gereksinimlerini değerlendirdiği çalışmasında infertil kadınların yaş ortalamasının  $32,98\pm 4,23$ , infertil erkeklerin  $34,78\pm 4,23$ , fertil kadınların  $29,48\pm 4,15$ , fertil erkeklerin  $32,46\pm 3,70$  olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, çalışma ve kontrol grubundaki kadın ve erkeklerin yaş ortalaması ülkemizde yapılan Taşçı, Gürbüz ve Ataman'ın çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2008) verilerine göre en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaşları arasında olduğu, ortalama çocuk sayısının 2,1 olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada kontrol grubundaki kadınların yaklaşık %78,5'inin 35 yaş altında olduğu ve yaşayan çocuk sayısının ortalama  $1,70\pm 0,75$  (1-4 arası) olduğu belirlendi. Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınların yaşayan çocuk sayısının Türkiye genelinden kısmen daha düşük olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların aile planlaması polikliniğinden seçildiği ve gebelikten korunan kadınlardan oluştuğu, üçte birinden fazlasının da henüz 35 yaş altında olduğu göz önüne alınırsa doğurganlık çağının sonuna kadar çocuk sahibi olma haklarını belli bir süre erteledikleri ve yaşayan çocuk sayısının bu nedenlerden dolayı Türkiye genelinden kısmen daha düşük olduğu düşünülmektedir.

### **5.1.2. Eğitim Düzeyi**

Eğitim düzeyi, üreme ve sağlık davranışları açısından önem taşımakta, infertilitenin algılanmasını ve infertiliteye bağlı sorunların yaşanma düzeyini de etkilemektedir (Akyüz 2001; Kızılkaya ve ark 2001; Taşkın 2005). Bu çalışmada her iki grupta da kadın ve erkeklerin çoğunluğunun ilkökul seviyesinde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin ortalama eğitim yılı çalışma grubunda  $8,87\pm 3,67$  (2-17 yıl arası), kontrol grubunda  $9,52\pm 3,78$  (5-16) yıldır. Kadınların ise çalışma grubunda  $8,17\pm 3,83$  (0-17 arası) yıl, kontrol grubunda  $9,23\pm 3,92$  (5-22) yıl eğitim gördükleri belirlenmiştir. Her iki grupta da kadın ve erkeklerin eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 3). Benzer şekilde Gürbüz (2007)'ün çalışmasında infertil çiftlerin her iki cinsten de çoğunlukla ilkökul mezunu oldukları belirlenmiştir. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında infertil kadınların %3'ünün okur-yazar olmadığı, %40'ının okur-yazar/ilkökul, %40'ının orta-lise, %18'inin yüksekökul-fakülte düzeyinde eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan elde edilen veriler, Gürbüz ve Taşçı'nın çalışma bulguları ile benzerlik taşımaktadır.

### 5.1.3. Çalışma Durumu

Çiftlerin sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi, tutum ve davranış kazanmasında sahip olduğu mesleğinin de etkisinin olduğu belirtilmektedir. Çalışan infertil kadınlarda infertiliteye bağlı depresyon ve anksiyetenin daha az görüldüğünü belirten çalışmalar bulunmaktadır (Akyüz 2001; Kızılkaya ve ark 2001). Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubundaki erkeklerin çoğunluğunun çalışmakta olduğu, her iki gruptaki kadınların ise çoğunluğunun çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 3). Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında infertil kadınların %68'inin çalışmadığı bildirilmektedir. Araştırmamızda çalışmayan infertil kadınların oranının %71 olduğu bulgusu Taşçı (2008)'nin çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

### 5.1.4. Ekonomik Durum

Ailelerin ekonomik durumları, yaşam kalitesi ve evlilik uyumlarını etkileyen bir faktördür. Çalışmamızda infertil çiftlerin %69'unun, kontrol grubundaki çiftlerin %76,5'inin gelirinin gideriyle eşit ya da fazla olduğu ve iki grup arasında anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, infertil çiftlerin %60'ının gelir-gider dengesinin eşit olduğu belirlenmiştir.

### 5.1.5. Evlilik Öyküsü

İnfertilite çiftlerin evlilik ilişkilerini etkileyen bir krizdir. Çalışmamızda her iki gruptaki çiftler evli olup, çalışma grubunun %34,5'i, kontrol grubunun % 25,5'i 1-4 yıl arası evlidir. 5-9 yıl evli olanlar çalışma ve kontrol grubu için sırasıyla %36,2 ve %35,3'tür. 10 yıl ve üzeri evli olanların %29,3 ve %39,2 şeklinde olduğu belirlenmiş olup, iki grubun evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Her iki grupta da çiftlerin yarısının görücü usulü, diğer yarısının tanışarak evlendiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Taşçı ve arkadaşlarının (2008)'nin çalışmasında infertil kadınların ortalama 8,35 yıl evli oldukları, %33'ünün 5-9 yıl evli oldukları belirlenmiştir. Ataman (2007)'in çalışmasında infertil çiftlerin %8'inin, fertil çiftlerin ise %6'sının görücü usulü evlendikleri bildirilmektedir. Oğuz (2004) çalışmasında; infertil çiftlerin %52,6'sının görücü usulü evlendikleri, %34,2'sinin 6-10 yıl arası evli olduğunu belirlemiştir. Çalışmamızda belirlenen evlilik şekli ve evlilik süresi ile ilgili veriler, ülkemizde bu alanda yapılan diğer çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.



Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre (2006), Türkiye genelinde kadınların %7,2'si erkeğin çocuğunun olmamasının *kesin boşanma nedeni* olabileceğini belirtirken, erkeklerin %12,7'si kadının çocuğunun olmamasının boşanma nedeni olabileceğini belirtmiştir ([http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb\\_id=41&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=41&ust_id=11)). Çalışmamızda Türkiye genelinden elde edilmiş verilerden farklı olarak, infertil çiftlerin çocuk sahibi olamama nedeniyle eşlerinden ayrılmayı düşünme oranı %0,9, başkasıyla evlenmeyi düşünme oranı %1,7 olarak belirlenmiştir. Bu farklılığın altında yatan nedenin, çalışmaya katılan infertil çiftlerin yüksek evlilik uyumuna sahip olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

### 5.1.6. İnfertilite Öyküsü

Araştırmamızda, çalışma grubundaki çiftlerin %30'unun 3-5 yıl arası, %43'ünün 6 yıl ve üzeri infertil oldukları, yaklaşık %40'mın tedavi sürelerinin 1 yıldan az olduğu belirlenmiştir. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında katılımcıların %60'ının infertilite süresinin 5 yıl ve üzeri, infertilite süresinin ortalama 7,1 yıl olduğu, tedavi süresinin ise %60'ında bir yıldan az olduğu bildirilmektedir. Oğuz (2004)'un çalışmasında, tedavi süresi ortalama  $4,51 \pm 4,21$  yıl olarak belirlenmiştir. Ataman (2007)'in çalışmasında ise; infertilite süresi  $3,51 \pm 3,45$ ; tedavi süresi  $1,46 \pm 1,88$  yıl olarak belirlenmiştir. Monga ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında infertil çiftlerin tedavi sürelerinin 2,4 yıl olduğu bildirilmektedir. Ragni ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında kadınların %74,7'sinin, erkeklerin %76,8'inin 5 yıl ve daha az infertil oldukları belirlenmiştir. Lee ve Chu (2001)'nin çalışmasında çiftlerin infertilite yılının ortalama 2,8 yıl olduğu, Holter ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında çiftlerin infertilite süresinin  $4,4 \pm 2,2$  yıl; tedavi için beklenen sürenin ise 18 ay olduğu belirlenmiştir. Sydsyö ve arkadaşlarının (2005) daha önce hiç çocuğu olmayan ve ilk IVF tedavisi başarısız olmuş 45 çiftin evlilik ilişkilerinin değerlendirildiği çalışmasında; çiftlerin infertilite yılı 4 yıl olarak belirlenmiştir. Droszol ve Skrzypulec (2008)'in çalışmasında infertilite süresi yaklaşık 3 yıl; tedavi süresi ise 2,5 yıl olarak belirlenmiştir. Rashidi ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ortalama infertilite süresi 8,8 yıl olarak belirlenmiştir. Çalışmalarda belirlenen infertilite yılı ve tedavi süreleri arasındaki farklılığın, katılımcıların farklı özelliklere sahip olması, her çalışma için yalnızca bir klinikten veri toplanması ve klinikler arası hasta popülasyonlarının farklı oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada belirlenen infertilite yılı ve tedavi süresi

Türk toplumunda yapılmış olan Taşçı (2008)'nin, Oğuz (2004)'un ve Ataman (2007)'in çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) infertilitenin %40 kadına, %40 erkeğe, %20 hem kadın hem de erkeğe bağlı faktörlerden kaynaklandığını bildirmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/extras/aileplanreh/bolum9.pdf>). Çalışmamızda olguların %20,7'sinin kadın faktörlü, %37,1'inin erkek faktörlü, %12,9'unun her ikisine ait nedeni, %29,3'ünün açıklanamayan infertil vakalardan oluştuğu belirlenmiştir. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında infertilite nedeninin %49'unun erkeğe, %19'unun kadına, %12'sinin iki cins de, %14'ünün henüz belirlenmemiş olduğunu bildirilmektedir. Oğuz (2004)'un çalışmasında infertilite nedeninin %34'ünün kadına, %32'sinin erkeğe, %16'sının ikisine de ait olduğu belirtilmektedir. Ataman (2007)'in çalışmasında ise infertilite nedeni %24 kadına, %20 erkeğe aitken, olguların %16'mın her ikisine ait nedeni, %40'ının nedeni bilinmeyen infertiliteye sahip oldukları bildirilmektedir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bilgisiyle benzerlik göstermektedir.

Aktürk (2006)'ün çalışmasında infertil çiftlerin tüp bebek tedavisi yerine evlat edinmeye bakışları incelendiğinde; %22,3'ünün "evet" cevabını verdiği görülmektedir. Ali ve Sami (2007)'nin triangülasyon dizaynındaki çalışmasında evli infertil kadınların; evlat edinmeyi en son seçenek olarak gördükleri bildirilmektedir. Çalışmamızda, çalışma grubundaki erkeklerin %34,5'i, kadınların %32,8'inin evlat edinme konusunda "kararsız" oldukları, erkeklerin %8,6'sının, kadınların da %17,2'sinin evlat edinmek istedikleri belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz Aktürk ve Ali ve Sami'nin çalışma bulgularıyla benzerlik taşımaktadır. Çalışmamızda ayrıca çalışma grubundaki erkeklerin %84,5'inin, kadınların ise %94,8'inin donör oosit ya da spermini düşünmedikleri belirlenmiştir.

## **5.2. ÇİFT UYUM ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Literatürde infertilitenin evlilik ilişkisini olumsuz yönde etkileyen bir durum olduğu bildirilmektedir (Becker ve ark 2006; Leiblum ve ark 1998; Wang ve ark 2007). Buna karşın, Greil (1997) çalışmasında; infertilite tedavisini sürdürmede kararlı çiftlerin sağlam evlilik ilişkisine sahip olduğunu belirtmektedir. Wright ve arkadaşlarının (1991) infertiliteye karşı verilen psikososyal tepkilerin cinsiyetler arası karşılaştırmasının 449

infertil çift üzerinde değerlendirdiği çalışmasında; şiddetli derecede evlilik distresine ait olağandışı bir kanıtın bulunamadığı bildirilmektedir.

Araştırmamızda, çalışma grubundaki çiftlerin ÇUÖ toplam puan ortalamalarının  $114,44 \pm 18,53$  olduğu ve bu puanın ÇUÖ kesme noktasından daha yüksek bir değer olması nedeniyle çalışma grubundaki çiftlerin evlilik uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgumuz Greil'in ve Wright'ın bulgusu ile benzerlik taşımaktadır. Araştırmamızda ayrıca ÇUÖ bağlılık, doyum ve toplam puanların çalışma ve kontrol grubunda benzer olduğu, yalnızca çift uyumu ve sevgi gösterme puanlarının çalışma grubundaki çiftlerde anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Çalışmamızda elde edilen bulgu, Greil'in tedaviyi sürdürmede kararlı çiftlerin evlilik ilişkilerinin sağlam oluşu üzerine olan hipotezini destekler niteliktedir.

Bringhenti ve arkadaşları (1997)'nin infertilitede görülen emosyonel bozukluklarda etkili olan evlilikle ilişkili faktörleri değerlendirdiği çalışmasında, eşle ilişkideki doyumun infertil kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda Bringhenti'nin çalışma bulgusuyla benzer şekilde, çalışma grubundaki kadınların ÇUÖ çift uyumu, çift doyumunu, sevgi gösterme ve ÇUÖ toplam puanlarının kontrol grubundaki kadınların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde ettiğimiz sonuçların, literatürdeki infertil çiftlerde evlilik uyumunun yüksek olduğu, bunun kadın ve erkekte farklılık göstermediği yönündeki bilgileri desteklediği görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Aile Yapısı Araştırması (2006) verilerine göre Türkiye genelindeki kadınların %64,9'u, erkeklerin %65,2'si aile mutluluk düzeylerini "mutlu" şeklinde belirtmiştir. Aynı araştırmada *boşanma sebepleri* incelendiğinde; kadınların yalnızca %1,4'ü, erkeklerin ise %0,8'i "çocuk olmaması" cevabını vermiştir ([http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb\\_id=41&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=41&ust_id=11)). Çalışmamızda ÇUÖ kesme puanlarına göre çalışma grubundaki kadınların %53,8'i, erkeklerin %46,2'sinin, kontrol grubu kadınların %68,6, erkeklerin %72,5'inin yüksek evlilik uyumuna sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). TÜİK verileriyle benzer şekilde çalışmamızda; çalışma grubundaki çiftler arasında eşinden ayrılmayı düşünen kadın bulunmazken, erkeklerden yalnızca biri evet cevabını vermiştir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular TÜİK verileri ile benzerlik taşımaktadır.

Aktürk (2006)'ün çalışmasında; katılımcıların %52,5'i infertilitenin evlilik ilişkilerini etkileyeceğini düşünmüştür. Araştırmamızda çalışma grubundaki çiftlerin %20,7'si infertilitenin eşiyle olan ilişkisi olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir. Bu oran çalışmamızda Aktürk'ün çalışma bulgusundan daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda çalışma grubundaki çiftlerin evlilik uyumlarının yüksek oluşunun elde edilen sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kontrol grubuna ilişkin ÇUÖ toplam puanlarına bakıldığında; erkeklerin  $111,67 \pm 18,32$ , kadınların  $108,92 \pm 18,33$  puan aldıkları, cinsiyetler arası farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 8). Kontrol grubunun cinsiyet ayrımı yapılmaksızın ÇUÖ toplam puan ortalaması  $110,29 \pm 18,28$  olarak belirlenmiş olup, evlilik uyumlarının normal olduğu söylenebilir (Tablo 7). Fışılıoğlu ve Demir (2000), sağlıklı çiftlerle yaptıkları çalışmada kadınların ortalama puanını  $105,2 \pm 18,4$ , erkeklerin ortalama puanını  $103,7 \pm 18,8$  olarak bulmuştur. Kontrol grubundan elde edilmiş ÇUÖ toplam puanları literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışma ve kontrol grubu arasında ÇUÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; çift uyumu ve sevgi gösterme alt boyut puanlarında, çalışma grubunun puanlarının kontrol grubunun puanlarından anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Çift Uyum Ölçeği puanları;

5.2.1. ÇUÖ Toplam puanları ve

5.2.2. ÇUÖ Alt Boyut puanları olmak üzere 2 bölüme ayrılarak tartışılmıştır.

### **5.2.1. ÇUÖ Toplam Puanları**

Taşçı ve arkadaşlarının (2008) infertil kadınların evlilik uyumunu belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada evlilik uyum ölçeği puan ortalamalarının  $46,29 \pm 6,98$  olduğu, bu puanın ölçeğin kesme puanı olan 43,5'ten yüksek olduğu belirlenmiştir. Peterson ve arkadaşlarının (2006) 420 infertilite tedavisi gören çiftte baş etme yöntemlerinin evlilik uyumu, depresyon ve stresle ilişkisinin değerlendirildiği çalışmasında; ÇUÖ puanlarının kadınlarda  $120,0 \pm 12,7$ , erkeklerde  $120,0 \pm 11,9$  olduğu ve bu değerlerin ÇUÖ'nin kesim puanı olan 100'den yukarı bir değer olduğu için evlilik uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. İnfertil çiftlerin evlilik uyumlarının yüksek oluşunda etkili olan faktörün, çalışmaya katılan grubun tamamının tedaviyi sürdürmeye

kararlı çiftlerinden oluşmuş olması gösterilmiştir. Aynı çalışmada ayrıca çiftlerin baş etme süreçlerinin de evlilik ilişkilerini güçlendirdiğine katkı sağladığı bildirilmektedir. Araştırmamızda ise ÇUÖ ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 151 olduğu göz önüne alındığında çalışma grubundaki kadınların ölçek toplam puanlarının  $116,14 \pm 17,15$ , erkeklerin  $112,74 \pm 19,82$  olduğu, cinsiyetler arası ÇUÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak farklılık taşımadığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Slade ve arkadaşlarının (1997) 144 çift ile longitudinal yaptığı çalışma sonucuna göre IVF tedavisi gören kadınların evlilik ilişkilerinin eşleri ile kıyaslandığında daha az doyum aldıkları belirtilmektedir. Aynı çalışmada infertil kadın ve erkeklerin ÇUÖ toplam puanlarına bakıldığında kadınların  $109,32 \pm 14,96$ , erkeklerin  $112,29 \pm 11,66$  ve kontrol grubunun evli çiftlerin  $114,80 \pm 17,80$  puan aldıkları saptanmıştır. Kadınların ÇUÖ toplam puanlarının erkeklerden ve kontrol grubundan anlamlı şekilde düşük olduğu ( $p < 0,01$ ) belirlenmiştir. Stoleru ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında infertil çiftlerin ÇUÖ toplam puanları infertil kadınlarda  $121,6 \pm 11,3$ , erkeklerde  $120,0 \pm 11,8$  olarak belirlenmiş ve cinsiyetler arası anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Aynı çalışmada infertil çiftlerin evlilik uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiş ve bu durumun açıklanmasında Wright'ın hipotezi desteklenmiştir. Peterson ve arkadaşlarının (2003) 525 infertil çiftin infertiliteyle ilişkili algıladıkları stresin evlilik uyumuna etkisini ÇUÖ kullanarak değerlendirdiği çalışmasında; erkeklerin ÇUÖ toplam puanının  $118,0$ , kadınların  $117,9$  olduğu ve iki grup arasında anlamlı farklılığın olmadığı ve bu çiftlerin evliliklerinin uyumlu olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,89$ ).

Araştırmamızda çalışma grubundaki kadın ve erkeklerin ÇUÖ toplam puanlarının Peterson ve arkadaşlarının (2003) ve (2006) her iki çalışması ve Slade ve arkadaşlarının (1997) ve Stoleru ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında elde edilen puanlarla benzer olduğu görülmektedir. Araştırmamızda kontrol grubundaki kadınların ÇUÖ toplam puanlarının  $108,92 \pm 18,33$  olduğu ve çalışma grubundaki kadınların puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ( $t = 2,12$ ,  $p < 0,03$ ). Çalışma grubundaki kadınların evlilik uyumlarının yüksek oluşunun nedeni olarak; bu gruptaki çiftlerin infertilite problemi ile baş etme süreçlerinin evlilik ilişkilerini güçlendirmiş olabileceği düşünülmektedir. Kontrol grubundaki erkeklerin ise ÇUÖ toplam puanları  $111,67 \pm 18,32$  olarak belirlenmiş olup, eşlerinin puanları ile benzer olduğu bulunmuştur ( $t = 0,75$ ,  $p = 0,45$ ).

## 5.2.2. ÇUÖ Alt Boyut Puanları

### 5.2.2.1. Bağlılık

Bağlılık alt boyutu, çiftlerin birlikte geçirdikleri zamanla ilgili maddelerden oluşmaktadır.

Slade ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında ÇUÖ bağlılık puanlarının infertil kadınlarda  $14,47 \pm 3,45$ , erkeklerde  $14,62 \pm 3,37$ , evli çiftlerde  $13,40 \pm 4,20$  olduğu, infertil kadın ve erkeklerin puanlarının evli çiftlerinkinden anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p < 0,01$ ) belirlenmiştir. Peterson ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, ÇUÖ bağlılık puanları kadınlar için  $16,8$ ; erkekler için  $16,7$  olarak belirlenmiştir, iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızda ise; çalışma grubundaki kadın ve erkeklerin ÇUÖ bağlılık puanları sırasıyla  $12,67 \pm 3,51$  ve  $12,97 \pm 3,71$  iken, kontrol grubunda kadınların puanı  $12,67 \pm 4,69$  erkeklerin ise  $12,35 \pm 4,67$ 'dir. Her iki grupta kadın ve erkekler arasında ve çalışma ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (Tablo 7 ve 8). Çalışma bulgumuz Slade (1997)'in ve Peterson (2003)'ün çalışma bulgularıyla benzerlik taşımaktadır.

### 5.2.2.2. Çift Uyumu

Çift uyumu alt boyutu, evlilik ilişkisi içinde önemli konularda anlaşma düzeyi, fikir birliği ile ilgili on üç maddeden oluşmaktadır.

Slade ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında ÇUÖ çift uyumu puanlarının infertil kadınlarda  $46,43 \pm 6,00$ , erkeklerde  $46,62 \pm 6,31$ , evli çiftlerde (kontrol grubu)  $57,90 \pm 8,50$  olduğu, infertil kadın ve erkeklerin puanlarının evli çiftlerinkinden anlamlı derecede düşük olduğu ( $p < 0,01$ ) belirlenmiştir. Peterson ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ÇUÖ çift uyumu puanları kadınlar ve erkekler için  $50,8$  olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda ise çalışma grubunun ÇUÖ çift uyumu puanları erkekler için  $51,38$ , kadınlar için  $52,71$  olarak belirlenmiş ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızda infertil çiftlerden elde edilen ÇUÖ çift uyumu puanları ve iki cinsiyet arasında farklılığın olmayışı, Peterson (2003)'ün çalışma bulgusuyla benzerlik taşımaktadır.

### 5.2.2.3. Çift Doyumu

Çift doyumu alt boyutu, duygu ve iletişim ile ilgili olumlu ve olumsuz özellikleri değerlendiren on maddeden oluşmaktadır.

Slade ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında ÇUÖ çift doyumu puanlarının infertil kadında  $40,29 \pm 4,31$ , erkekte  $42,43 \pm 4,39$  olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlılık taşıdığı ( $p < 0,001$ ) belirlenmiştir. Aynı çalışmada kontrol grubundaki çiftlerin doyum puanları  $40,50 \pm 7,20$  olarak belirlenmiş olup, infertil erkeklerin kontrol grubundan daha yüksek doyum puanına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p < 0,01$ ). Peterson ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında bu puanlar kadınlar için 41,0, erkekler için 41,1 olarak belirlenmiş ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızdaki ÇUÖ çift doyumu puanlarının çalışma grubunun kadınlarında  $40,57 \pm 5,22$ ; erkeklerde  $38,47 \pm 6,42$  olduğu; kontrol grubunda ise kadınlarda  $37,98 \pm 6,18$ ; erkekler  $39,43 \pm 5,34$  olduğu; her iki grupta da cinsiyetler arası istatistiksel farklılığın olmadığı belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Çalışma grubundaki kadın ve erkeklerin ÇUÖ çift doyumu puanları Slade (1997)'in ve Peterson (2003)'un çalışmasında elde edilen puanlar ile benzerlik taşımaktadır.

### 5.2.2.4. Sevgi Gösterme

Sevgi gösterme alt boyutu, sevgi gösterme şekillerinde anlaşma ve sevgi gösterme davranışları ile ilgili dört maddeden oluşmaktadır.

Peterson ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında infertil erkeklerin ÇUÖ sevgi gösterme puanları  $9,4 \pm 0$ , kadınların  $9,3 \pm 0$  olduğu, iki grup arasında anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda ÇUÖ sevgi gösterme puanlarının çalışma grubundaki kadınlarda  $10,22 \pm 1,88$ ; erkeklerde  $9,98 \pm 2,20$  olduğu; kontrol grubundaki kadınlarda  $9,29 \pm 2,04$ ; erkeklerde  $9,69 \pm 2,04$  olduğu; her iki grupta da cinsiyetler arası anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Çalışmamızda elde edilen ÇUÖ sevgi gösterme puanları ve cinsiyetler arası anlamlı farklılığın olmayışı bulgusu Peterson (2003)'un çalışmasıyla benzerlik taşımaktadır.

## 5.2.3. ÇUÖ Puanları İle İlişkili Faktörler

### 5.2.3.1. Cinsiyet

İnfertilitenin evlilik ilişkisine etkilerini belirlemede; sosyal ve psikolojik konular kadar cinsiyetin etkileri de önemlidir. Lee ve Chu (2001)'nin infertil kadın ve erkeklerin evlilik doyumlarının karşılaştırıldığı çalışmasında; kadınların daha az doyum

aldıkları belirlenmiştir. Weaver ve arkadaşları (1997) ise her iki cinste de infertil ve kontrol grubunda evlilik ilişkisinin benzer olduğunu bildirmektedir. Araştırmamızda Weaver'ın çalışma bulgusuyla benzer şekilde çalışma ve kontrol grubundaki erkeklerin ÇUÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 8).

Monga ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında infertil kadınlarda evlilik uyumu kontrol grubundaki kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur. İki grubun erkekleri arasında evlilik uyumu açısından farklılık bulunmamıştır. Aynı çalışmada infertil erkeklerin evlilik ilişkilerinin infertil kadınlardan daha zayıf olduğu bildirilmektedir. Yaptığımız çalışmada da Monga'nın bulgusuyla benzer şekilde infertil erkeklerin ÇUÖ puanlarının eşlerine göre daha düşük olduğu fakat bu farklılığın anlamlılık taşımadığı belirlenmiştir (Tablo 8). Monga'nın bulgularından farklı olarak çalışma grubundaki kadınların bağlılık dışındaki ÇUÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın nedeni olarak çalışma grubumuzdaki çiftlerin yüksek evlilik uyumuna sahip olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışma ve kontrol grubundaki erkeklerin ÇUÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Bu bulgu Monga'nın araştırma bulgusu ile benzerlik taşımaktadır.

### **5.2.3.2. Yaş**

Weaver ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında infertil ve kontrol grubundaki erkeklerin yaş ve ÇUÖ puanları arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Yaşça büyük olan erkeklerin yüksek evlilik uyumuna sahip oldukları bildirilmektedir. Gürbüz (2007)'ün çalışmasında ise infertil kadın ve erkeklerin yaşı arttıkça evlilik uyumlarının azaldığı belirlenmiştir. Araştırmamızda çalışma grubundaki erkeklerde yaş grupları ve ÇUÖ ölçeği puanları karşılaştırıldığında; 35 yaş ve altı olan grubun ÇUÖ toplam puan ve çift uyumu puanlarının 36 yaşından büyük olanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlendi (Tablo 12,  $p < 0,05$ ). Çalışma grubundaki kadınlarda 36 yaş ve üzeri yalnızca 3 kadın olduğu için, istatistiksel analiz yapılmasına karşın, sonuçların kullanılması uygun değildir. Araştırmamızda çalışma grubunda kadın ve erkek arasında yaş arttıkça ÇUÖ ortalama puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Bu bulgumuz Weaver'ın çalışma bulgusuyla benzerlik taşımaktadır.



### 5.2.3.3. İnfertilite Nedeni

Lee ve Chu (2001) çalışmasında kadın ve erkekteki infertilitenin evlilik, stres ve cinsel doyum üzerine etkilerinin belirlenmesinde “infertilite tanısının” önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. Genellikle kadın ve erkek faktörlü infertil vakalarda kadınların daha az evlilik doyumuna sahip olduğu, açıklanamayan infertil vakalarda evlilik doyumunun cinsiyetler arası farklılık göstermediği bildirilmektedir. Literatürde idiyopatik infertilite deneyimleyen kadınların, nedeni belli olan infertilite deneyimleyen kadınlardan daha fazla anksiyete ve doyumсузлук yaşadıkları bildirilmektedir (Repokari ve ark. 2007).

Lee'nin çalışmasından farklı olarak Gürbüz (2007)'ün infertilite nedenine göre her grupta 35 infertil çift üzerinde evlilik uyumu ve depresif durumun IVF-ET sonuçlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmasında, ÇUÖ toplam ve alt boyut puanlarının cinsiyetler arası anlamlı farklılık göstermediği bildirilmektedir. Araştırmamızda çalışma grubundaki çiftlerin %37,1'inin erkek faktörlü, %20,7'sinin kadın faktörlü, %12,9'unun her ikisine ait nedenli ve %29,3'ünün açıklanamayan infertilite vakalarından oluştuğu; bu dört grubun ÇUÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Araştırmamızda elde edilen bulgular Gürbüz'ün çalışma bulgusuyla benzerlik taşımaktadır.

### 5.2.3.4. İnfertilite Süresi

Repokari ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında infertilite süresinin ilişkide doyumсузлукға neden olabilecek distresle ilişkili bulunduğu bildirilmektedir. (Repokari ve ark. 2007). Gürbüz (2007)'ün çalışmasında infertil kadın ve erkeklerde infertilite süresi arttıkça evlilik uyumunun azaldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda infertilite süresi ile ÇUÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

### 5.2.3.5. Evlilik Süresi

Gürbüz (2007)'ün çalışmasında infertil kadınlarda ve erkeklerde evlilik süresi arttıkça evlilik uyumunun azaldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Ulbrich ve arkadaşlarının (1990) çalışmasında infertil kadınların evlilik uyumunun; evlilik yılı ve infertilite tedavi süresi uzadıkça azaldığı belirlenmiştir. Araştırmamızda çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin (kadın-erkek ayrımı olmaksızın) ÇUÖ puanları ile evlilik yılı arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.

### **5.2.3.6. Evlilik Biçimi**

Gürbüz (2007)'ün çalışmasında kendi isteği ile severek evlenen infertil kadın ve erkeklerin ÇUÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda, evlilik biçimi ile ÇUÖ toplam puanları arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

### **5.2.3.7. Eğitim Düzeyi**

Ailede uyumun sağlanmasında eşlerin eğitim düzeyinin yüksek olması önemli bir faktördür. Eğitim, bireylerin uyum yeteneğini arttıran bir özellik olduğundan, evlilikte de olumlu bir faktördür (Gökdağ 2002). Gürbüz (2007)'ün çalışmasında, infertil kadın ve erkeklerde eğitim seviyesi yüksek olanlarda ÇUÖ toplam puanlarının yükseldiği bildirilmektedir. Araştırmamızda çalışma ve kontrol grubunda eğitim düzeyi 1-11 yıl olan ve 11 yıl ve üzeri olan iki grubun ÇUÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

### **5.2.3.8. Sosyo-Ekonomik Düzey**

Farklı sosyo-ekonomik düzeylerdeki kişilerin “eşler arasındaki uyumu” algılayışlarının da farklı olabileceği belirtilmektedir (Yılmaz 2006). Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında evlilik uyumunun eğitim düzeyi, ekonomik düzey, infertilite süresi, evlilik süresi ve infertilite nedeninin kimden kaynaklandığı arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada evlilik uyumu ile çevreden baskı görme arasında anlamlı farklılığa rastlanmıştır ( $p<0,01$ ). Ulbrich ve arkadaşlarının (1990) 103 infertil çift ile yaptığı çalışmada; erkeklerin çocuksuz evlilik hayatına uyumunun diğer eşin çalışması ve iyi kazanıyor olması durumunda daha iyi olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda, çalışma grubundaki “gelir-gider eşit/fazla” olan grubun ÇUÖ toplam puanlarının “gelir-giderden az” olan grubun puanlarından anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Maddi problemi olan çiftlerin evlilik ilişkilerinin de bu durumdan olumsuz etkilenebileceği beklenen bir sonuçtur.

### **5.2.3.9. Evlilik Doyumu ve Yaşam Kalitesi**

Andrew (1992) evlilik çatışmalarının, infertil bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğunu belirtmektedir. Araştırmamızda çalışma ve kontrol grubunda evlilik uyumunun artması halinde yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir (Tablo 16 ve 17). Elde ettiğimiz bu bulgu Andrew'in bulgusunu destekler niteliktedir.

### **5.3. TDSÖYKÖ-KF PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

İnfertilitenin evlilik uyumu ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanan çalışmanın kantitatif bölümünden elde edilen TDSÖYKÖ-KF puanları;

5.3.1. TDSÖYKÖ-KF puanlarının çalışma ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması,

5.3.2. TDSÖYKÖ-KF puanlarının çalışma grubunda cinsiyetlere göre karşılaştırılması,

5.3.3. TDSÖYKÖ-KF puanlarına etki eden faktörler olmak üzere 3 bölüme ayrılarak tartışılmıştır.

#### **5.3.1. TDSÖYKÖ-KF Puanlarının Çalışma ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması**

Akker (2005), Ragni ve ark. (2005) ve Weaver ve ark. (1997)'in çalışmalarında, infertil ve kontrol grubu arasında yaşam kaliteleri açısından farklılığın olmadığı belirtilmektedir. Akker (2005)'in Yardımcı Üreme Tekniği (YÜT) gören, YÜT'ne aday olan ve evlat edinen toplam 176 kişi arasında yaptığı çalışma sonucunda, üç grup arasında yaşam kalitesi açısından fark olmadığı belirlenmiştir. YÜT gören grupta yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu fakat bunun istatistiksel olarak anlamlılık taşımadığı bildirilmektedir. Ragni ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da infertil çiftlerin In Vitro Fertilizasyon (IVF) yapılmadan birkaç hafta önceki subjektif sağlık profilinin normal popülasyondan farklı olmadığı belirlenmiştir. Weaver ve arkadaşlarının (1997) Global Quality Of Life kullanılarak IVF ve Gamet Intra-Fallobian Transfer (GIFT) sonucu başarısız olmuş 21 çiftin tedaviden 15-30 ay sonraki psikososyal uyumunun, IVF tedavisinde başarılı olmuş 20 çift ile kıyaslandığı çalışmada; başarısız çiftlerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Weaver ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında ayrıca başarılı ve başarısız infertil çiftlerin yaşam kalitesi puanlarının Amerika temelli normal popülasyona göre benzer olduğu, farklılık bulunmadığı belirlenmiştir.

Literatürde yaşam kalitesinin infertil ve fertil gruplarda farklı olmadığını belirten çalışmalar olmasına rağmen; özellikle infertil kadınların yaşam kalitelerinin eşleri ve sağlıklı popülasyondaki aynı yaş grubundaki kadın puanlarından daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Monga ve ark. 2004; Fekkes ve ark. 2003). Monga ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında infertil kadınlarda yaşam kalitesinin eşleri ve kontrol grubundaki kadınlara kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur. İki grubun

erkekleri arasında yaşam kalitesi açısından farklılık bulunmamıştır. Fekkes ve arkadaşlarının (2003) IVF planlanan 425 erkek, 447 kadın üzerinde infertilitenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerinin aynı yaş grubundaki normal popülasyonla (kontrol grubu) kıyaslandığı çalışmada; 21-30 yaş grubundaki infertil çiftlerin, özellikle kadınların daha düşük sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Droszol ve Skrzypulec (2008)'in çalışmasında da infertil kadınların SF-36 puanlarının kontrol grubundaki kadınlarından anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada infertil ve fertil olan erkeklerin yaşam kalitelerinde anlamlı farklılığın olmadığı, fertil ve infertil olan iki gruptaki kadınların yaşam kalitelerinin eşlerinden anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Fekkes ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin infertilite tedavisinden olumlu şekilde etkilenebileceği, umut ve optimizm ile başlayan tedavinin daha iyi bir yaşam kalitesi ile sonuçlanabileceği vurgulanmaktadır. Kallio ve arkadaşları (2008), yardımcı üreme teknikleri ile ikiz sahibi olan 91 ebeveyn ve tekiz sahibi olan 367 ebeveyni, gebeliğinin ikinci trimestrında olan 20 ikiz ve 379 tekiz gebe ile kıyaslamıştır. Tüm gruplardaki annelerin uyku zorluğu ve sosyal disfonksiyon deneyimledikleri belirlenmiştir. YÜT ve kontrol grubundaki ikiz sahibi babalar tekiz sahibi babalara göre daha fazla sosyal problem ve uyuma güçlüğü bildirmişlerdir (Kallio ve arkadaşları 2008). Monga, Fekkes, Droszol ve Skrzypulec'in çalışma bulgusundan farklı olarak yaptığımız çalışmada, araştırma grubunun TDSÖYKÖ-KF tüm alt boyutlarına ait puanların kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu sonucunda Kallio'nun belirttiği şekilde, çalışma grubunun sahip olduğu çocuğun etkili olduğu, çocuk bakımının getirdiği güçlükler, sorumluluk vs nedeniyle kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitelerinin bozulduğu düşünülmektedir. Ayrıca evlilik uyumunun yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğu bilgisi göz önünde bulundurulduğunda, çalışma grubundaki çiftlerin evlilik uyumlarının kontrol grubundan yüksek oluşunun yaşam kalitelerinin de daha yüksek olmasını sağladığı düşünülmektedir.

### **5.3.2. TDSÖYKÖ-KF Puanlarının Çalışma Grubunda Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması**

Literatürde; infertilitenin yaşam kalitesini kadın ve erkekte farklı şekillerde etkilediğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Monga ve ark. 2004; Ragni ve ark. 2005;

Rashidi ve ark. 2008). Mongave arkadaşlarının (2004) çalışmasında infertil kadınların yaşam kalitesinin eşlerinden daha düşük olduğu ( $p:0,09$ ) belirlenmiştir. Benzer şekilde Ragni ve arkadaşlarının (2005) 1936 İtalyan infertil kadın ve erkek arasında Short Form-36 (SF)'yi kullanarak yaptığı çalışmada; erkeklerin ölçek puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İran'da 514 infertil çift ile SF-36 kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada da; infertil erkeklerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin infertil kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Rashidi ve ark. 2008). Bu çalışmalardaki bulgularla benzer şekilde, Weaver ve arkadaşlarının (1997) Global Quality Of Life kullandığı çalışmasında; IVF tedavisinde başarısız olan çiftlerde kadınların yaşam kalitelerinin eşlerine göre daha düşük olduğu belirtilmektedir ( $p<0,04$ ). Shindel ve arkadaşlarının (2008) 121 infertil çiftin yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmasında ise; infertil erkeklerin SF-36 mental sağlık puanlarının ölçekten alınan normal değerlere göre düşük olduğu saptanmıştır. Chachamovich ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise; TDSÖYKÖ-KF ölçeğinden ruhsal alanda erkeklerin ( $p=0,001$ ), sosyal alanda kadınların ( $p=0,012$ ) puanlarının daha yüksek olduğu, diğer alanlarda cinsiyetler arası anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Yaptığımız çalışmada 58 infertil çiftin TDSÖYKÖ-KF alt boyut puan ortalamaları arasında cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu bulgu Chachamovich ve arkadaşlarının çalışma bulgularıyla benzerlik taşımaktadır.

### **5.3.3. TDSÖYKÖ-KF Puanlarına Etki Eden Faktörler**

#### **5.3.3.1. Yaş**

Yaş; infertilitenin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemede önemli bir faktördür. İnfertilite genç bireyleri daha yaşlı olan bireylere göre farklı şekilde etkiler. Örneğin; Hollanda'da yaşlı çiftler evlat edinememektedir. Böyle çiftlerin çocuk sahibi olabilmesi için IVF tedavisi son şanstır. Bu durum tedavi süresince şiddetli stres yaşamalarına neden olur. IVF'de başarı şansının daha az olmasından dolayı yaşanan stres artabilir. Diğer yandan yaşlı çiftlerin yaşam deneyimi ve/veya infertilite hikayelerinin uzun sürmüş olması bu durumla baş etmek için yöntemler geliştirmiş olmasını da sağlayabilir. Akker (2005)'in çalışmasında yaş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık bulunmazken, Drosdzol ve Skrzypulec (2008)'in çalışmasında yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmektedir. Araştırmamızda çalışma grubu kadın ve erkeklerin yaşları ve TDSÖYKÖ-KF'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında;

ruhsal alan dışındaki tüm alt puanlar ile yaş arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu Akker'in çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

### **5.3.3.2. İnfertilite Süresi**

Akker (2005)'in çalışmasında infertilite süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ( $r=0,571$ ,  $p<0,000$ ). Ragni ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da infertilite süresinin subjektif sağlık durumunu olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Ragni ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında infertilite süresinin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi psikolojik boyutunu belirgin şekilde etkilemediği, 5 yıldan uzun infertilite süresinin fiziksel fonksiyon puanlarını hafifçe düşürdüğü belirtilmektedir. Rashidi (2008)'nin ve Drosdzol ve Skrzypulec (2008)'in çalışmasında ise infertilite süresi ve infertilite nedeni ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı bildirilmektedir. Çalışmamızda Rashidi; Drosdzol ve Skrzypulec'in çalışma bulgularıyla benzer şekilde infertilite süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.

### **5.3.3.3. Eğitim**

Chachomovich (2007)'in çalışmasında eğitim ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; orta ve düşük eğitim seviyesi, daha yüksek seviye ile karşılaştırıldığında; çevre ve mental sağlık puanlarında düşme olduğu, sosyal puanlarda artma olduğu belirlenmiştir. Rashidi ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında özellikle eğitim seviyesi düşük olan genç kadınlar, sub-optimal sağlıkla ilgili yaşam kalitesi açısından riskli grup olarak tanımlanmıştır. Drosdzol ve Skrzypulec (2008)'in çalışmasında infertil kadınlarda yaşı ileri olan, düşük eğitim seviyeli ve mesleki yönden çalışmayan kadınlar düşük yaşam kalitesi açısından riskli olarak tanımlanmıştır. Yaptığımız çalışmada; eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, infertil erkekler arasında eğitim durumuna göre TDSÖYKÖ-KF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; ilkökul mezunu infertil kadınların TDSÖYKÖ-KF tüm alanların ortalamalarının ortaokul mezunu kadınlarinkinden anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ( $p=0,008$ ;  $p>0,05$ ). Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu Rashidi; Drosdzol ve Skrzypulec'in çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

#### **5.3.3.4. Yaşayan Çocuk Sayısı**

Araştırmamızda çalışma grubundaki 58 çiftin hiç çocuğu bulunmazken, kontrol grubundaki 51 çiftin en az 1, en çok 4 çocuğa sahip olduğu (ortalama  $1,70\pm 0,75$ ) belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların yaşayan çocuk sayısına göre TDSÖYKÖ-KF alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırma, vaka-kontrol çalışması olup, çiftlerin her ikisinin de ele alındığı, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı Yöntem Çeşitleme (Methodological Triangulation) düzeninde hazırlanmış bir çalışmadır. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen ve çiftlerin özelliklerini belirlemek için kullanılan tanıtıcı bilgi formu, “Çift Uyum Ölçeği” (ÇUÖ-Dyadic Adjustment Scale) ve “Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form” (WHOQOL-BREF-TR) (TDSÖYKÖ-KF) vaka ve kontrol grubundaki tüm çiftlere karşılıklı görüşme yöntemi kullanılarak uygulandı. Çalışmanın kalitatif bölümünde ise infertilite tedavisiyle çocuk sahibi olmuş 7 çift (7 kadın ve erkek) ve 2 kadın ile derinlemesine bireysel görüşme yapıldı. Araştırma sonuçları kalitatif ve kantitatif bölümden elde edilen veriler doğrultusunda gruplanarak, 2 bölüm halinde sunuldu.

### 6.1. ARAŞTIRMANIN KANTİTATİF BÖLÜMÜNDEN ELDE EDİLEN SONUÇLAR

Araştırmanın kantitatif bölümünden elde edilen sonuçlar;

6.1.1. Çiftlerin tanımlayıcı özellikleri, evlilik ve infertilite öykülerine yönelik sonuçlar,

6.1.2. Çift Uyum Ölçeği’ne (ÇUÖ) ve TDSÖYKÖ-KF’e yönelik sonuçlar olmak üzere toplam 2 grupta değerlendirildi.

#### 6.1.1. Çiftlerin Tanımlayıcı Özellikleri, Evlilik ve İnfertilite Öykülerine Yönelik Sonuçlar

- Erkek katılımcıların yaşlarının çalışma grubunda ortalama  $32,93 \pm 5,39$  (23-48 arasında), kontrol grubunda ortalama  $35,11 \pm 5,22$  (25-45 arasında) olduğu,
- Kadınların yaşlarının çalışma grubunda 21-37 aralığında (ortalama  $29,08 \pm 4,00$ ), kontrol grubunda ise 21-41 aralığında (ortalama  $31,01 \pm 5,47$ ) olduğu,
- Tüm bireylerin yaklaşık yarısının eğitim yılının 11 ve üzeri olduğu,
- Tüm bireylerin yarısından fazlasının gelir getiren bir işte çalıştığı,
- Her iki gruptaki kadın ve erkekler arasında yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından farklılık olmadığı,



- Çalışma ve kontrol grubunun gelir-gider dengesinin, evlilik biçimi, evlilik yaşı ve evlilik yılının benzer olduğu,
- İnfertil çiftlerin %37,1'inde erkek, %12,9'unda her ikisine ait nedenli infertilite olduğu, %30,2'sinde infertilite yılının 3-5 yıl, tedavi süresi ise %39,7'sinde bir yıldan az olduğu belirlendi.

### **6.1.2. Çift Uyum Ölçeği'ne (ÇUÖ) ve TDSÖYKÖ-KF'e Yönelik Sonuçlar**

- Kontrol grubundaki kadınlarda ÇUÖ toplam puan aralığı 68 ile 147 arasında (ortalama 108,92±18,33), erkeklerde ise 69 ile 145 arasında (ortalama 111,67±18,32), çalışma grubunda ise bu puanların kadın ve erkekler için sırasıyla 55-143, ortalama 116,14±17,15 ve 63-143, ortalama 112,74±19,82 olduğu,

- ÇUÖ kesme puanlarına göre çalışma grubundaki kadınların %53,8'i; erkeklerin %46,2'sinin; kontrol grubundaki kadınların %68,6'sının; kontrol grubu erkeklerin %72,5'inin yüksek evlilik uyumuna sahip olduğu,

- Çalışma grubundaki kadın ve erkekler arasında ÇUÖ kesim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Çalışma ve kontrol grubunda TDSÖYKÖ-KF puanları karşılaştırıldığında, çalışma grubunun ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanların anlamlı derecede yüksek olduğu,

- Çalışma ve kontrol grubunda TDSÖYKÖ-KF ve ÇUÖ alt boyut ve toplam puanların gruplar arası ve cinsiyetler arası karşılaştırılması yapıldığında; ruhsal alan dışında anlamlı farklılığın olmadığı, ruhsal alan puanlarının kontrol grubu erkeklerde eşlerinden anlamlı derecede daha yüksek olduğu (t: 2,63, p:0,01),

- ÇUÖ puanları açısından incelendiğinde; çift uyumu ve sevgi gösterme alt boyutlarına ait puanların çalışma grubunda anlamlı şekilde yüksek olduğu, ölçeğin toplam puanı, çift doyumu ve bağlılık alt boyut puanları arasında farklılığın olmadığı,

- Her iki gruptaki erkeklerin ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, sosyal alan dışındaki tüm TDSÖYKÖ-KF alt boyut puanları arasında anlamlı farklılığın olduğu, çalışma grubundaki erkeklerin puanlarının daha yüksek olduğu,

- Her iki gruptaki erkeklerin ÇUÖ puanlarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Her iki gruptaki kadınların ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında ise; tüm TDSÖYKÖ-KF alt boyut puanlarının çalışma grubu kadınlarda daha yüksek

olduğu, ÇUÖ puanlarına bakıldığında, bağlılık dışında tüm alt boyut ve ölçek toplam puanlarının anlamlı derecede çalışma grubundaki kadınlarda daha yüksek olduğu,

- İnfertilite tipine göre erkek, kadın, her ikisine ait ve açıklanamayan infertilite olmak üzere toplam 4 gruba ayrılan çalışma grubundaki çiftlerin ölçeklerden aldıkları puanların benzer olduğu,

- İnfertilite nedenine göre gruplara ayrılan çiftlerin cinsiyetler arası karşılaştırılması yapıldığında ise; istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılığın olmadığı, sadece her ikisine ait nedenli infertilitede kadınların TDSÖYKÖ-KF çevre alt boyut puanının eşlerinin aldıkları puanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu,

- Çalışma ve kontrol grubunda ÇUÖ puanlarını etkileyen faktörler incelendiğinde; eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik biçimi, evlilik yılı, infertilite yılı, yaşayan çocuk sayısı ile ÇUÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılığın olmadığı,

- Çalışma grubunda gelir-gider dengesi eşit/fazla grubun ÇUÖ toplam puanlarının gideri gelirinden daha fazla olan grubun puanlarından anlamlı şekilde yüksek olduğu,

- Çalışma grubundaki erkeklerde yaş ve ÇUÖ ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; 35 yaş ve altı olan grubun ÇUÖ toplam puan ve fikir birliği puan ortalamalarının 36 yaşından büyük olanlarınkinden anlamlı şekilde düşük olduğu (toplam puan  $p=0,02$ ; fikir birliği  $p=0,02$ ),

- Çalışma grubundaki kadınların yaşları ile ÇUÖ puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde; yaş arttıkça ÇUÖ toplam puan, çift uyumu ve çift doyumunu puanlarının arttığı, çalışma grubundaki erkeklerde ise yaş arttıkça çift doyumunu puanının arttığı,

- Çalışma grubunda yaş ile TDSÖYKÖ-KF arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların yaşı arttıkça sadece ruhsal alan puanının arttığı, erkeklerde yaş ile ölçek puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı,

- Eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışma grubundaki erkekler arasında eğitim durumuna göre TDSÖYKÖ-KF puan ortalamaları arasında farklılık bulunmazken; ilkokul mezunu kadınların TDSÖYKÖ-KF tüm alt boyut ortalamalarının ortaokul mezunu kadınlarınkinden anlamlı derecede düşük olduğu,

- İnfertilitenin çiftler üzerindeki etkileri incelendiğinde; infertil çiftlerin %20,7'si çocuk sahibi olamamanın eşi ile ilişkisini olumsuz yönde etkilediğini, %22,4'ü sosyal ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiğini, kadınların %13,8'i, erkeklerin %6,9'u ailelerinden dışlandığını bildirdiği,

- Çalışma grubundaki erkekler arasında; çocuk sahibi olmamanın eşiyle ilişkisini olumsuz yönde etkilediğini bildiren ve bildirmeyenler arasında ÇUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olmadığı, kadınlarda ise infertiliteden dolayı eşiyle ilişkisinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirenlerin ÇUÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının, eşiyle ilişkisinin etkilenmediğini bildirenlerinkinden anlamlı derecede düşük olduğu,

- Çalışma grubunda TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, ÇUÖ çift uyumu ile TDSÖYKÖ-KF çevresel ve ulusal alan dışındaki tüm alt boyutlarda anlamlı ilişkinin olduğu, çalışma grubundaki bireylerin yaşam kalitesi ile paralel evlilik uyumlarının da arttığı,

- Kontrol grubunda TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, ÇUÖ çift uyumu ile TDSÖYKÖ-KF bedensel, çevresel ve ulusal alan ile ÇUÖ sevgi gösterme ile TDSÖYKÖ-KF ruhsal ve çevresel alan dışındaki tüm alt boyutlarda anlamlı ilişkinin olduğu, kontrol grubundaki bireylerin de yaşam kalitesinin artması halinde evlilik uyumlarının da arttığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak, her iki cinste de çalışma grubundaki çiftlerin ortalama yarısının, kontrol grubundaki çiftlerin ise yarısından fazlasının yüksek evlilik uyumuna sahip olduğu belirlendi. Her iki gruptaki çiftlerin ÇUÖ kesim puanına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı farklılığa rastlanmadı. Çalışma grubundaki çiftlerin TDSÖYKÖ-KF puanlarının kontrol grubunun puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu, ÇUÖ puanlarından; çift uyumu ve sevgi gösterme alt boyut puanlarının çalışma grubunda anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. Çalışma grubundaki erkeklerin sosyal alan dışındaki tüm TDSÖYKÖ-KF alt boyut puanlarının kontrol grubundaki erkeklerin puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu, ÇUÖ puanları açısından her iki gruptaki erkekler arasında puan farklılığının olmadığı belirlendi. Her iki gruptaki kadınların ölçeklerden aldıkları puanların kıyaslamasında ise; tüm TDSÖYKÖ-KF alt boyut puanlarının ve bağlılık dışındaki tüm ÇUÖ alt boyut ve ölçek toplam puanlarının çalışma grubu kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. İnfertilite tipine göre toplam 4 gruba ayrılan çalışma grubundaki çiftlerin ölçeklerden aldıkları puanların benzer olduğu, cinsiyetler arası farklılığın olmadığı belirlendi. TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, her iki gruptaki bireylerin yaşam kalitesinin artması halinde evlilik uyumlarının da arttığı belirlendi. İnfertil çiftlere bakım veren hemşirelerin cinsiyetler arası farklılığı ve evlilik ilişkisinin yaşam kalitesiyle ilişkisini

dikkate alarak, aile merkezli ve bütüncü yaklaşım doğrultusunda hizmet vermeleri gerektiği sonucuna varıldı.

## **6.2. ARAŞTIRMANIN KALİTATİF BÖLÜMÜNDEN ELDE EDİLEN SONUÇLAR**

Araştırmanın kalitatif bölümünden elde edilen sonuçlar;

6.2.1. Yaşam kalitesi ile ilgili sonuçlar,

6.2.2. Evlilik uyumu ile ilgili sonuçlar olmak üzere toplam 2 grupta değerlendirilmiştir.

### **6.2.1. Evlilik Uyumu İle İlgili Sonuçlar**

- Görüşme yapılan çiftlerden ikisinin evlilik ilişkilerinin uyumlu olmadığını bildirdikleri, bu çiftlerin her ikisinin de görücü usulü ile evlenmiş oldukları, diğer çiftlerin ise evliliklerinde bir problem olmadıklarını bildirdikleri,
- İnfertilitenin çiftlerin evlilik ilişkisini eşlerden birinin ayrılma, boşanma talebi ile olumsuz etkilediği,
- İnfertilite nedeni kendisine ait olan kadın ve erkeklerin bu durumlarından dolayı kendilerini suçlu hissettikleri,
- Özellikle uyumlu çiftlerin, birbirlerini üzmemek için eşlerine üzüntülerini yansıtmadıkları,
- Tedavi aşaması ve başarısız tedavi sonrası eş tepkisi ve desteğinin, çiftlerin evlilik uyumunu belirleyen önemli bir faktör olduğu,
- Görüşme yapılan bireylerin tamamına yakınının çocuk sahibi olduktan sonraki evlilik ilişkileri hakkında “*tam bir aile olma*”, “*eş ile aralarındaki bağın kuvvetlenmesi*” şeklinde ifadeler kullandıkları,
- Özellikle uyumlu çiftlerde çocuk bakımı konusunda erkeklerin de sorumluluğu paylaştıkları, özellikle ikiz çocukları olan çiftlerde bu paylaşımın daha belirgin şekilde ortaya çıktığı belirlendi.

Özetle; infertil çiftlerin çocuk sahibi olduktan sonraki evlilik bağlarının çocuk sahibi olmadan öncekine kıyasla daha da güçlendiği, çocuk sahibi olmaktan dolayı çok mutlu oldukları, ancak çocuğun doğmasını takip eden ilk iki yıl içinde yaşam kalitelerinin düşmesine paralel olarak aileye yeni katılan bireye uyumla ilgili evlilik ilişkilerinde de ufak tefek bazı çatışmaların yaşandığı belirlendi. İnfertilitenin her çiftin

evlilik ilişkisini farklı şekillerde etkilediği, bu farklılığın belirleyicisinin kişiler arasındaki ilişki dinamiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

### 6.2.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Sonuçlar

- İnfertilitenin yaşam kalitesi bileşenlerinden ruhsal alanla ilgili olarak, çocuk sahibi olmanın getirdiği mutlulukla ilişkili duyguların bireylerin ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilediği,
- Çocuk bakımının beraberinde getirdiği zorlukların özellikle ilk iki yıl bedensel ve cinsel sağlık ile sosyal alan ve iş yaşamını olumsuz yönde etkilediği,
- Katılımcıların genel olarak yaşamlarının çocuk sahibi olduktan sonra çok değiştiğini, sorumluluklarının arttığını, önceliklerinin değiştiğini, uyku, maddi sıkıntılar ve kendine ayrılan zaman konularında fedakarlık yapmak zorunda kaldıklarını bildirdikleri,
- İkiz sahibi olan bireylerde yaşam kalitelerinin tek çocuk sahibi olan bireylere göre daha fazla bozulduğu,
- Verilen cevaplarda cinsiyetler arası farklılığın olduğu belirlendi.

Özetle; infertilite tedavisiyle çocuk sahibi olan kişilerde; yaşam kalitesi alanlarından ruhsal sağlık olumlu yönde etkilenirken, doğumdan sonraki ilk iki yılda bedensel ve cinsel sağlık; sosyal ve iş yaşamının olumsuz yönde etkilendiği, yaşam tarzının öncesine kıyasla farklılaşmasından dolayı genel yaşam kalitelerinin bozulduğu ortaya çıktı. Destek sistemleri olan bireylerin bu süreçten daha az etkilendikleri belirlendi. Özellikle ikiz sahibi olan bireylerde yaşam kalitelerinin tek çocuk sahibi olan bireylere göre daha fazla bozulduğu ortaya çıktı. Verilen cevaplarda cinsiyetler arası farklılığın olduğu gözlemlendi. Kadınlar çocuk bakımının beraberinde getirdiği zorluğun, iş yaşamına, bedensel ve sosyal alana olumsuz etkileri olduğunu bildirirken; erkeklerin daha çok maddi konulara ve sorumluluk artışına vurgu yaptıkları belirlendi.

#### **Bu sonuçlar doğrultusunda**

#### **Hizmet sunumuna yönelik önerilerimiz;**

- İnfertil çiftlerin klinikte temel değerlendirme sürecinde, yaşam kalitesi ve evlilik ilişkilerinin de ele alınması, infertilitenin ailenin bütünü etkileyen bir kriz olduğu göz ardı edilmeden verilen hemşirelik bakımının aile merkezli olması,
- İnfertilite ile baş etme becerilerinin öğretildiği, çiftlerin yaşadığı emosyonel problemleri azaltma ve başarısız girişimlerden sonra tedaviye devamlılığı

sağlamayı hedefleyen terapötik danışmanlık hizmetinin tüm çiftlere tedaviye başlamadan önce verilmesi,

- İnfertilite sürecinin her aşamasında ve gebelik oluştuktan sonraki aşamada sağlık ekibi üyelerinin infertil çiftlerle işbirliği halinde çalışarak, danışmanlık hizmetinin verildiği ve alternatif tedavi seçeneklerinin sunulduğu, infertil çiftin karar mekanizmasında etkili olduğu protokollerin oluşturulması,
- Çiftin infertilite tedavisine uyumunun ve evde yaşayacağı sorunların takibinin yapılması, bu dönemde çiftin ihtiyaç duyduğu tüm zamanlarda sağlık ekibine kolaylıkla ulaşabileceği ve gerekli desteğin sağlanabileceği bir telefon/danışma hattının ve toplumsal destek kurumların oluşturulması şeklinde sıralanabilir.

#### **Eğitime yönelik önerilerimiz;**

- İnfertilite biriminde sunulan bakımın kapsamını ve infertil çiftlerin yaşam kalitesini yükseltmek için, çiftlere konsültasyon-liyezon psikiyatrisi ile işbirliği halinde üreme sistemi, cinsel fonksiyonlar, tedavi süreci ve sonuçları, infertilitenin biyo-psiko-sosyal ve evlilik ilişkisine etkileri, bunlarla baş etme yöntemleri hakkında multimedya destekli eğitim programlarının hazırlanması,
- İnfertilite biriminde çalışan tüm sağlık personelinin infertil çiftlere uygun yaklaşım tarzının öğretildiği, yasal prosedürler, evlat edinme vs konularda bilgilerinin tazelandığı eğitim programlarından geçirilmesi,
- İnfertilite biriminde çalışan sağlık personelinin konuya ilgi ve hassasiyetlerini arttırma amacıyla, çalışmanın yapıldığı hastanede sağlık çalışanlarının çalışmanın sonuçlarıyla ilgili bilgilendirilmesi ve araştırmacının deneyimlerini paylaşması şeklinde sıralanabilir.

#### **Araştırmacılara yönelik önerilerimiz;**

- İnfertilitenin yaşam kalitesine etkisini belirlemeye yönelik, çiftlerin her ikisinin de birlikte değerlendirildiği, cinsiyetler arası farklılıkların ortaya konduğu kapsamlı ve prospektif çalışmaların yapılması, veri toplanacak infertil grubun klinik temelli değil, toplum temelli örneklemden seçilmesi,
- İnfertilite krizinin çiftler üzerindeki etkilerini daha iyi anlamak ve Türk toplumuna yönelik özgün veriler elde etme amacıyla, kadın ve erkeğin algıları, duygu ve deneyimlerinin kendi kelimeleri ile ortaya konduğu, nitel araştırmaların planlanması şeklinde sıralanabilir.

## 7. KAYNAKLAR

- Akar, H. (2005). Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile, Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde; Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Akker, O.B.A. (2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education and Counseling*, **57**, 183-189.
- Akyüz, A. (2001). IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik. T.C Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Akyüz, A. (2005). İnfertilite tedavisi ve sonucun alınması sürecinde iletişim güçlükleri. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, İnfertilite Hemşireliği Kursu, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Ankara.
- Aktürk, F.S. (2006). Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. T.C Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- Albayrak, E. ve Günay, O. (2007). State and trait anxiety levels of childless women in Kayseri, Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, **14**, 1-6.
- Ali, T.S. ve Sami, N. (2007). Adoption practices among couples with secondary infertility in Karachi: a triangulation study design. *J Pak Med Assoc*, **57(2)**, 55-9.
- Ameh, N., Kene, T.S., Onuh, S.O., Okohue, J.E., Umeora, D.U., Anozie, O.B. (2007). Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. *Niger J Med*, **16(4)**, 375-7.
- Anderson, K.M., Sharpe, M., Rattray, A., Irvine, D.S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res*, **54(4)**, 353-5.
- Andrews, F.M., Abbey, A., Halman, L.J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *J Health Soc Behav*, **32(3)**, 238-53.
- Arıcı A, Attar E, Balaban E, Buyru F, Çolgar U.ve ark (2006): Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite (Ed. Umur Ç.), İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Ataman, H. (2007). Doğal ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psikososyal Bakım Gereksinimleri. T.C Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Avcı, K. Ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **30(2)**, 81-5.
- Balkan, E., Coşkun, A., Ergüney, H. (2007). Halk Eğitim Merkezleri Aile Sağlığını Geliştirme Programı Üreme Sağlığı El Kitabı. İstanbul: TAP Vakfı Yayınları.
- Becker, G., Castrillo, M., Jackson, R., Nachtigall, R.D. (2006). Infertility among low-income Latinos. *Fertil Steril*, **85(4)**, 882-887.
- Belker, A.M. ve Cook, C.L. (1987). Sperm processing and intrauterine insemination for oligospermia. *Urol Clin North Am*, **14(3)**, 597-607.
- Benazon, N., Wright, J., Sabourin, S. (1992). Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *J Sex Marital Ther*, **18(4)**, 273-84.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Köhn, F.M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H.J., Weidner, W. (1999). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, **31(1)**, 27-35.
- Bhatti, L.I., Fikre, F.Y., Khan, A. (1999). The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi, Pakistan: a qualitative study. *Social Science and Medicine*, **49**, 637-649.
- Birkök, M.C. (2008). Eğitim bilimlerinde yeni araştırma araçları ve katkıları: Niteliksel (kalitatif) analiz yazılımları ve ATLAS.ti örneği. Erişim 31.01.2009  
<http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/downloadSuppFile/564/ppp%20Sunumu>.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R., La Sala, G.B. (1997). Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **76(5)**, 431-7.
- Carpenter, D.N. ve Speziale, H.J.S. (2007). Triangulation as a Qualitative Research Strategy (In): *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 379-391; 75-78.
- Chachamovich, J., Chachomovich, E., Fleck, M.P., Cordova, F.P., Knauth, D., Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Hum. Reprod. Advance*, **24(9)**, 2151-2157.
- Cowan, C.P., Cowan, P.A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W.S., Curtis-boles, H., Boles, A.J. (1985). Transitions to parenthood: his, hers, and theirs. *J Fam Issues*, **6(4)**, 451-81.



- Cwikel, J., Gidron, Y., Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **117(2)**, 126-31.
- Demirci, H. (2001). İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikocinsel Etkileri. (In): İnfertilite Sorunun Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Bakımı. (Ed): Beji, N.K. İstanbul Üniversitesi Yayınları, Rektörlük No:4274, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:4, ISBN No:975-404-604-2, İstanbul: Emek Matbaacılık.
- Dilbaz, N. (1996). Yaşam kalitesi ölçümü ve psikiyatri. *Psychomed*, **2(1)**, 20-25.
- Dolgun, G. (2003). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geliştirilmesi. T.C İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Drosdzol, A. ve Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, **13(3)**, 271-281.
- Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., van der Spuy, Z.M. (2002). 'Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod*, **17(6)**, 1663-8.
- Dyer, S.J., Abrahams, N., Mokoena, N.E., Lombard, C.J., van der Spuy, Z.M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Hum Reprod*, **20(7)**, 1938-1943.
- Emiroğlu, O.N. (2002). Araştırma Tasarımı (In). Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri (Ed): Erefe, İ. Ankara: Odak Ofset: 108-112.
- Erbek, E. (2004). Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde Çift Uyumu, Problem Çözme Becerisi, Boyun Eğici Davranış, Öfke Tutumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 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. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, **18(7)**, 1536-1543.
- Fışıloğlu, H. ve Demir, A. (2000). Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for marital quality with Turkish Couples. *European Journal of Psychological Assess*, **16(3)**, 214-218.

- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S.Y., Eser, E., Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi*, **7(2)**, 23-40.
- Fidanoğlu, O. (2006). Evlilik Uyumu, Mizah Tarzı ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişki. T.C Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Psikolojik Danışman ve Rehberlik AD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Fido, A. (2004). Emotional distress in infertile women in Kuwait. *Int J Fertil Womens Med*, **49(1)**, 24-8.
- Genç, H. (2009). Kanıta Dayalı Tıp. Bir Makale Nasıl Okunur? Erişim 31.01.2009. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/ders/hit.asp?id=323>.
- Gilbert, E. ve Harmon, J. (2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. (2nd). (Çev. Ed): Taşkın, L., Ankara: Palme Yayıncılık.
- Gökdağ, D. (2002). Aile Psikolojisi ve Eğitimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Önlisans Programı Yayınları.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science Med*, **45(11)**, 1679-1704.
- Gülseren, L., Cetinay, P., Tokatlioglu, B., Sarikaya, O.O., Gulseren, S., Kurt, S. (2006). Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med*, **51(5)**, 421-6.
- Günalp, S. ve Tuncer, S. (2004): Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara: Pelikan Yayınları.
- Gürbüz, Ş.K. (2007). İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi. T.C Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Holter, H., Anderheim, L.A., Bergh, C., Möller, A. (2006) First IVF treatment-short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, **21(12)**, 3295-3302.
- Hsu, Y.L. ve Kuo, B.J. (2002). Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. *J Nurs Res*, **10(4)**, 291-302.
- Işiloğlu, B. (2006). Anksiyete ve Depresyon Tanısı ile İzlenen Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddetin Sosyodemografik Faktörler, Çift Uyumu ve Hastalıkla İlişkisi. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

- İnfertilite (In): T.C Sağlık Bakanlığı Üreme Sağlığı Programı Aile Planlaması Rehberi. Erişim 27.11.2009.  
<http://www.saglik.gov.tr/extras/aileplanreh/bolum9.pdf>.
- Kallio, L.U., Vilksa, S., Punamaki, R.L., Poikkeus, P., Repokari, L., Sinkkonen, J., Tiitinen, A., Tulppala, M. (2008). Mental health of mothers and fathers of twins conceived with assisted reproductive treatment: a one-year prospective study. Abstracts of the Annual Meeting of the ESHRE, Barcelona, Spain.
- Karataş, N. (2002). Araştırmada Örneklem (In). Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri (Ed): Erefe, İ. Ankara: Odak Ofset; 134.
- Kavlak, O. ve Saruhan, A. (2002). İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, **41(4)**, 229-32.
- Kaya, T. (2005): İnfertil çiftlerle iletişim ve danışmanlıkta hemşirelik. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, İnfertilite Hemşireliği Kursu, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Ankara.
- Kennedy, H.P., Griffin, M., Frishman, G. (1998). Enabling conception and pregnancy midwifery care of women experiencing infertility. Journal of Nurse-Midwifery, **43(3)**, 190-207.
- Kızılkaya, N.B, Yavan, T., Dikencik, K., Akın, N., Dinç, A. ve ark (2001). İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. (Ed): Beji, N.K. İÜ FNHYO Yayını, No.4, İstanbul: Emek Matbaacılık.
- Koçak, T.F. (1998). Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1998.
- Lau, J.T., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J.H., Yang, X., Tsui, H.Y. (2008). Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples. J Sex Marital Ther, **34(3)**, 248-67.
- Lee, T.Y. ve Chu, T.Y. (2001). The Chinese experience of male infertility. West J Nurs Res, **23(7)**, 714-725.
- Lee, T.Y., Sun, G.H., Chao, S.C. (2001). The effects of on infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. Human Reproduction, **16(8)**, 1762-1767.

- Leiblum, S.R., Aviv, A., Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Reprod*, **13(12)**, 3569-74.
- Leung, T.W., Ng, E.H., Leung, W.C., Ho, P.C. (2003). Intimate partner violence among infertile women. *Int J Gynaecol Obstet*, **83(3)**, 323-4.
- Macdonagh, R. (1996). Quality of life and its assessment in urology. *Br J Urol*, **78(4)**, 485-96
- Marshall, C. ve Rossman, G.B. (2006). *Managing, Analyzing, and Interpreting Data (In) Desining Qualitative Research. (4th. Ed.)*. USA: Sage Publication; 151-176.
- Monga, M., Bogdan, A., Katz, S.E., Stein, M., Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*, **63**, 126-130.
- Nelson, C.J., Shindel, A.W., Naughton, C.K., Ohebshalom, M., Mulhall, J.P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med*, **5(8)**, 1907-1914.
- Newton, C.R., Sherrard, W., Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, **72(1)**, 54-62.
- Oğuz, H.D. (2004). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri*. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Opkong, D. ve Orji, E.O. (2006). Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **17(4)**, 259-265.
- Orji, E.O., Kutu, O., Fasubaa, O.B. (2002). Impact of infertility on marital life in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*, **79(1)**, 61-2.
- Oskay, Ü.Y. ve Kızılkaya, N.B. (2001). *İnfertilite Hemşiresinin Danışman ve Hasta Hakları Savunucusu Olarak Rolü*. (In): *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*, (Ed): Beji, N.K. İstanbul: Emek Matbaacılık; 93-102.
- Oskay, Ü., Onat, G.B., Dişsiz, M. (2009). *İnfertil Hastaya Psikososyal Yaklaşım*. (In): *İnfertilite Hemşireliği*, (Ed): Beji, N.K. İstanbul: Acar Basım; 177-195.
- Özçelik, B. ve ark. (2007). *İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü*. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **8**, 140-148.
- Özgür, G. ve Yıldırım, S. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesi konusundaki görüşleri ve yaşam doyumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **24(1)**, 57-65.

- Özkan, M. ve Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, **33(1)**, 44-6.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H. (2003). Examining congruence between partner's perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, **42(1)**, 59-70.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., Schulman, R.S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, **55**, 227-239.
- Pınar, R. (1995). Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. T.C İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Polat, D. (2006). Evli Bireylerin Evlilik Uyumları, Aldatma Eğilimleri ve Çatışma Eğilimleri Arasındaki İlişkilerin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) AD, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M.P., Somigliana, E., Vegetti, W., Caliani, I., Nicolosi, A.E. (2005) Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Hum Reprod*, **20(5)**, 1286-1291.
- Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia N, Ashrafi M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, **8**, 186.
- Redshaw, M., Hockley, C., Davidson, L.L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Hum Reprod*, **22(1)**, 295-304.
- Repokari, L., Punamäki, R.L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod*, **22(5)**, 1481-91.
- Sezer, Ü. (2004). Aile Yapısı ve İlişkileri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Shindel, A.W., Nelson, C.J., Naughton, C.K., Ohebshalom, M., Mulhall, J.P. (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and correlates of dysfunction. *The Journal of Urology*, **179(3)**, 1056-1059.

- Slade, P., Emery, J., Lieberman, B.A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, **12(1)**, 183-190.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A.J., Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod*, **22(8)**, 2309-17.
- Stoleru, S., Teglas, J.P., Spira, A., Magnin, F., Fermanian, J. (1996). Psychological characteristics of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes. *J. Psychosom Obstet Gynecol*, **17**, 103-118.
- Sydsyö, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., Sydsjö, A. (2005). Relationship in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Human Reproduction*, **20(7)**, 1952-1957.
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O., Yücesoy, F. (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **5(2)**, 105-110.
- Taşçı, K.D. ve Özkan, S. (2007). Sağlık yüksekokulunu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6(3)**, 187-92.
- Taşdemir, N. ve Yavuz, M. (2008). Cerrahi hemşireliğinde aile merkezli yaklaşım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **24(1)**, 91-99.
- Taşkın, L. (2005): Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Karatay, G. (2008). Sigara ve İnfertilite. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 12.
- Tezcan, A.E., Yücel, N., Yücel, O. (1996). İnfertil kadınlarda depresyon prevalansı. *Türk Fertilite Dergisi*, **4(1)**, 86-90.
- Tutarel-Kışlak, Ş. (1999). Evlilikte Uyum Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *3P Dergisi*, **7(1)**, 50-57.
- TÜİK (2007-2008). İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Kaba Evlenme Hızı. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 14.07.2009.  
[http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4077&tb\\_id=2](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4077&tb_id=2).
- TÜİK (2006). Aile Yapısı Araştırması (Family Structure Survey). Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 02.06.2009.  
[http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb\\_id=41&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=41&ust_id=11).

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008). Ankara: Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 27.10.2009.  
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf).
- Ulbrich, P.M., Coyle, A.T., Llabre, M.M. (1990). Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *J Sex Marital Ther*, **16(3)**, 147-58.
- Unisa, S. (1999). Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment-seeking and consequences. *Reproductive Health Matters*, **7(13)**, 54-64.
- Yıldırım, İ. (1993). Evli bireylerin uyum düzeyleri. *3P Dergisi*, **1(3)**, 249-57.
- Yılmaz, İ. (2006). Türk İnfertil Hastalarda Depresyon ve Kaygının Belirleyicileri: Sosyal Destek, Cinsiyet Rolü Yönelimi, İnfertilite Nedeni ve Özsaygı. T.C Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji AD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Wang, K., Li, J., Zhang, J.X., Zhang, L., Yu, J., Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertil Steril*, **87(4)**, 792-8.
- Weaver, S.M., Clifford, E., Douglas, M.H., Robinson, J. (1997). Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Education and Counseling*, **31**, 7-18.
- WHO (1998). World Health Organization Quality of Life Report. Erişim 22.11.2007.  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_qol\\_user\\_manual\\_98.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf).  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/english\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf).
- Wischmann, T. (2005). Psychosocial aspects of fertility disorders. *Urologe A*, **44(2)**, 185-94.
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril*, **55(1)**, 100-108.

## 8. FORMLAR

### EK-1: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi”ni ortaya koymak amacıyla bir anket çalışması yapmaktayız. Bu amaçla yaklaşık 58 infertil, 51 çocuk sahibi olan çiftle görüşme yapmayı planlamaktayız. Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstedığınız anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Anket çalışmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz, kendinize de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınan bilgiler sadece adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

#### Sorumlu Araştırmacılar

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ  
İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği  
Anabilim Dalı Başkanı  
Tel: 0 212 440 00 00/27018

MSc. Güliz ONAT BAYRAM  
İÜ Bakırköy Sağlık Yüksekokulu  
Araştırma Görevlisi  
Tel: 0 212 440 00 00/27618

### GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Devam)

#### İkinci Bölüm: Katılımcının Beyanı

Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ ve MSc. Güliz ONAT BAYRAM tarafından “İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi” konulu bir anket çalışması yapılacağı belirtilerek; bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizli kalacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.



Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim ya da herhangi bir sebep belirtmeksizin araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Eğer katılmayı red edersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı, İmzası, Adresi, Telefon No:

Velayet ve vesaret altında bulunanlar için veli veya vasisinin Adı-Soyadı, İmzası, Adresi, Telefon No:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı- Soyadı, İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-Soyadı, İmzası, Görevi:

**EK -2: TANITICI BİLGİ FORMU**

Anket sıra no:

Adı-Soyadı:

Telefon:

1- Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

2- Yaşı: ..... 1)18-25 2) 26-35 3) 36-45

**Yalnızca Kadınlar içindir.**

2- Yaşayan Çocuk Sayısı:	4- Düşük Sayısı:
3- Gebelik Sayısı:	5- Kürtaj Sayısı:

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

7-Yerleşim yeri: 1) Gecekondu 2) Apartman dairesi 3) Müstakil ev (villa)

8- Mesleği: 1) Ev hanımı 2) Kendi işi var 3) Memur 4) İşçi 5) Diğer .....

9- Halen çalışıyor mu? 1) Evet 2) Hayır (hiç çalışmadı) 3) İş arıyor

10- Gelir durumu: 1) Gelir-giderimle eşit 2) Gelir-giderden fazla 3) Gelir-giderden az

11- Evlenme yaşı: 12- Evlilik yılı: 13- Evlilik sayısı:

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

**Aşağıdaki sorular çocuğu olmayan kişiler tarafından cevaplanacaktır.**

15- Kaç yıldır infertil: 1) 1- 2 yıl 2) 3-5 yıl 3) 6- 10 yıl 4) 11 ve üstü

16- Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyor?

1) 1 yıldan az 2) 1-2yıl 3)3-5yıl 4) 6-10yıl 5) 11 ve üstü

17- Daha önce hangi tedavi yöntemleri kullanıldı?

1) Klomifen sitratla ovulasyon indüksiyonu + cinsel ilişki (Sayısını belirtiniz) .....

2) Klomifen sitratla ovulasyon indüksiyonu + aşılama (Sayısını belirtiniz) .....

3) Gonadotropinle ovulasyon indüksiyonu + aşılama (Sayısını belirtiniz) .....

4) IVF (Sayısını belirtiniz) .....

5) ICSI (Sayısını belirtiniz) .....

6) TESE + ICSI (Sayısını belirtiniz) .....

7) Operatif tedavi (Sayısını belirtiniz) .....

18- İnfertilite nedeni kime ait?

Kadın ErkekHer ikisine de Açıklanamayan

19- Çocuğunuzun olmaması eşinizle olan ilişkinizi olumsuz yönde etkiliyor mu?

Evet Hayır

20- Çocuğunuzun olmaması sosyal ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiliyor mu?

Evet Hayır

21- Çocuğunuzun olmaması yüzünden ailenizden dışlandığınızı düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

22- Çocuğunuzun olmadığını yakın çevrenizden saklama ihtiyacı duyuyor musunuz?

Evet Hayır

23- Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki nasıl?

Anlayışlı Tedavi arayışında  
Tehditkar Suçluluk hissi  
Öfkeli Hayal kırıklığı  
Umutsuz Diğer (lütfen belirtiniz).....

24- Çocuğunuz olmadığı için eşiniz sizden ayrılmayı düşünüyor mu? Evet Hayır

25- Çocuğunuz olmadığı için eşiniz başka biriyle evlenmeyi düşünüyor mu? Evet Hayır

26- Eşinizle aranızdaki ilişkiden memnuniyet düzeyiniz nedir?

Çok memnunum Biraz memnunum Memnun değilim

27- Evlat edinmeyi düşünür müsünüz? 1) Evet 2) Hayır 3) Emin değilim

28- Donör oositi veya donör spermi için görüşünüz? 1) İstiyorum 2) Olabilir 3) İstemem

**EK-3: TÜRKÇE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ  
ÖLÇEĞİ- KISA FORMU (TDSÖYKÖ-KF) [WHOQOL-BREF(TR)]**

**Ulusal Sürüm - Şubat 1999**

**RUH SAĞLIĞI PROGRAMI  
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ  
CENEVRE**

**SİZİNLE İLGİLİ**

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?  Erkek  Kadın

Doğum tarihiniz nedir? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?  Hiç eğitim almadım  
 İlkokul-ortaokul  
 Lise veya eşdeğeri  
 Yüksek

Medeni durumunuz nedir?  
 Hiç evlenmemiş   
Ayrı yaşıyor  
 Evli  Boşanmış  
 Evli gibi yaşıyor  Eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı?  Evet  Hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

\_\_\_\_\_ hastalık / sorun

**Yönerge**

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

**ŞİMDİ**, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdı ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne	1	2	3	4	5

F24.2	ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					
-------	------------------------------	--	--	--	--	--

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? .....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı? .....

#### EK-4: ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

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 hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1	Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi						
2	Eğlence ile ilgili konular						
3	Dini konular						
4	Muhabbet-Sevgi gösterme						

Prof.Dr. Hürol Fışiloğlu

ODTÜ Psikoloji Böl.

06531 Ankara



## EK -5: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Çocuk sahibi olamama yaşamınızı nasıl etkiledi? (İnfertilite tanısı almadan önceki yaşamınız nasıldı?)

- Bedensel olarak nasıl etkilendiniz?

- Ruhsal olarak nasıl etkilendiniz?

- Sosyal çevre (komşu, arkadaş vs)

- Yakın akraba ilişkileri

- İş yaşamınız nasıl etkilendi?

- Eşiniz ile iletişiminiz nasıl etkilendi? (Birlikte nasıl zaman geçirirdiniz?, fikir çatışmaları yaşar mıydınız?, evliliğinizdeki temel konularda anlaşabilir miydiniz?, birbirinize sevginizi gösterebilir miydiniz ya da nasıl gösterirdiniz?)

- Cinsel yaşamınız nasıl etkilendi?

2. Çocuk sahibi olmak için gördüğünüz tedavi süresince yaşamınız nasıl etkilendi?

- Bedensel olarak nasıl etkilendiniz?

- Ruhsal olarak nasıl etkilendiniz?

- Sosyal çevre (komşu, arkadaş vs)

- Yakın akraba ilişkileri

- İş yaşamınız nasıl etkilendi?

- Eşi ile iletişiminiz nasıl etkilendi? (Birlikte nasıl zaman geçirirdiniz?, fikir çatışmaları yaşar mıydınız?, evliliğinizdeki temel konularda anlaşabilir miydiniz?, birbirinize sevginizi gösterebilir miydiniz ya da nasıl gösterirdiniz?)

- Cinsel yaşamınız nasıl etkilendi?

3. Çocuk sahibi olduktan sonra yaşamınızda neler değişti?

- Bedensel olarak nasıl etkilendiniz?

- Ruhsal olarak nasıl etkilendiniz?

- Sosyal çevre (komşu, arkadaş vs)

- Yakın akraba ilişkileri

- İş yaşamınız nasıl etkilendi?

- Eşiniz ile iletişiminiz nasıl etkilendi? (Birlikte nasıl zaman geçirirdiniz?, fikir çatışmaları yaşar mıydınız?, evliliğinizdeki temel konularda anlaşabilir miydiniz?, birbirinize sevginizi gösterebilir miydiniz ya da nasıl gösterirdiniz?)

- Cinsel yaşamınız nasıl etkilendi?

4. Geriye dönüp baktığımızda genel olarak bu deneyim için ne söyleyebilirsiniz?

**EK-6: TÜRKÇE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-  
KISA FORMU CRONBACH ALPHA DEĞERLERİ**

<b>Grup</b>	<b>Bedensel Alan (Madde sayısı:7)</b>	<b>Ruhsal Alan (Madde sayısı:6)</b>	<b>Sosyal Alan (Madde sayısı:3)</b>	<b>Çevresel Alan (Madde sayısı:9)</b>	<b>Ulusal Alan (Madde sayısı:25)</b>	<b>Toplam (Madde sayısı:27)</b>
Çalışma	0,77	0,76	0,68	0,61	0,87	0,88
Kontrol	0,78	0,69	0,43	0,63	0,84	0,85
Her iki grup	0,77	0,74	0,61	0,65	0,87	0,88

**EK-7: Bireysel Derinlemesine Görüşme Yapılan Katılımcıların Özellikleri**

Katılımcı Kimliği	Yaş	Eğitim	Meslek	Çocuk Sayısı, Yaşı	Evlenme Yaşı	Evlilik Yılı	Evlilik Sayısı	Evlilik Biçimi	İnfertilite Süresi	Tedavi Süresi	Tedavi Biçimi	İnfertilite Nedeni
Ç ailesi HÇ Kadın MÇ Erkek	34 32	Lise Lise	EH İşçi	1 yaşında ikiz	26 24	8 8	1 1	Tanışarak	8 yıl	8 yıl	4 kez IUI 1 kez IVF	Kadın faktörlü
K ailesi NK Kadın AK Erkek	28 34	İlkokul Lisans	EH Öğretmen	9 aylık tekiz	18 24	10 10	1 1	Tanışarak	8 yıl	7 yıl	5 kez IUI 2 kez IVF	Açıklanamayan infertilite
Z ailesi BZ Kadın VZ Erkek	29 36	Okur-yazar değil Önlisans	EH Memur	1,5 yaşında ikiz	30 29	7 7	1 1	GU- isteyerek	5,5 yıl	5,5 yıl	3 kez IUI 1 kez IVF	Açıklanamayan infertilite
L ailesi SL Kadın VL Erkek	26 26	Önlisans Önlisans	Polis Polis	6 aylık tekiz	23 23	3 3	1 1	Tanışarak	1,5 yıl	1,5 yıl	2 kez IVF	Erkek faktörlü
Y ailesi PY Kadın EY Erkek	42 44	İlkokul Lisans	EH Öğretmen	1,5 yaşında tekiz	30 32	12 12	1 2	GU- isteyerek	11 yıl	4 yıl	6 kez IUI 1 kez IVF	Erkek faktörlü
G ailesi HG Kadın RG Erkek	32 37	Önlisans Lise	EH Polis	2 yaşında ikiz	19 24	13 13	1 1	GU- isteyerek	8 yıl	5 yıl	5 kez IUI 1 kez IVF	Açıklanamayan infertilite
B ailesi GB Kadın MB Erkek	37 47	İlkokul İlkokul	EH Apartman Görevlisi	3 yaşında ikiz	20 30	17 17	1 1	GU- istemeden (ameca çocukları)	15 yıl	2 yıl	1 kez IVF	Her ikisine ait nedenli infertilite
Z ailesi ZS Kadın	31	Yüksek lisans	Akademisyen	4 yaşında tekiz	23	8	1	Tanışarak	4 yıl	4 yıl	1 kez CS+Ci 2 kez IUI 2 kez IVF	Kadın faktörlü
S ailesi AS Kadın	31	Doktora	Akademisyen	2 yaşında ikiz	22	9	1	Tanışarak	5 yıl	4 yıl	1 kez CS+Ci 5 kez IUI 2 kez IVF	Açıklanamayan infertilite

EH: Ev Hanımı  
IUI: Intra Uterin İnseminasyon  
IVF: In Vitro Fertilizasyon

GU: Görücü Usulü  
CS: Clomifen Sitrat  
Ci: Cinsel İlişki

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI**

**Toplantı Tarihi :** 12/09/2007

**Toplantı Yeri :** Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

**Toplantı Sayısı :** 8

Sorumlu araştırıcılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya BEJ'nin üstlendiği ve İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Araştırma Görevlisi Doktora Öğrencisi Msc.Güliz Onat BAYRAM'ın yürüteceği 2007/1743 protokol numaralı "İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisi" başlıklı Anket Çalışması kurulumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

**Prof.Dr. Zafer ARI**

Etik Kurul Başkanı ( Dekan Yardımcısı)

**Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN (Katılmadı)**

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

**Prof.Dr. Ahmet GÜL**

İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı

**Prof.Dr. Berrin UMMAN**

Kardiyoloji A.D.

**Prof.Dr. Cahide GÖKKUŐU (Katılmadı)**

Biokimya A.D

**Prof.Dr. Kamil PEMBECİ (Katılmadı)**

Anesteziyoloji A.D.

**Prof.Dr. Sevinç EMRE**

Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

**Prof.Dr. Nuran YILDIRIM**

Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

**Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN**

Nöroloji A.D.

**Prof.Dr. Pınar SAİP**

İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

**Prof.Dr. Ümit TÜRKÖĞLU**

Biokimya A.D

**Prof.Dr. Çiçek BAYINDIR (Katılmadı)**

Patoloji A.D., Nöropatolojik B.D

**Prof.Dr. Yeşim ERBİL (Katılmadı)**

Genel Cerrahi A.D.

**Prof.Dr. Neşe ÇOLAK**

İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

**Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR**

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

**Fatma Ceyda DÖNMEZER**

Sivil Toplum Örgütü Üyesi

**Dilek Temiz ÖZBEK**

Avukat

No:55

**02.10.2007 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:**

Sorumlu araştırıcılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya BEJİ'nin üstlendiği ve İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Araştırma Görevlisi Doktora öğrencisi Msc. Güliz Onat BAYRAM'ın yürüteceği 2007/1743 dosya no'lu "İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisi" başlıklı anket çalışması ile ilgili Fakültemiz Yerel Etik Kurul Başkanlığından alınan olumlu görüş yazısı müzakere edildi.

Çalışmanın Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hasan SERDAROĞLU'nun sorumluluğu altında yapılmasına ve bahsedilen anket çalışmasını uygulanmasına karar verildi.



## TELİF HAKKI İZİNİ

### EK- 9: ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN BELGESİ

Sayın Güliz Onat Bayram

Çift Uyum Ölçeğini aşağıda belirtilen koşullara uygun olarak tezinizde kullanabilirsiniz.

Saygılarımla,

Prof.Dr. Hürol Fıfıloğlu

ODTÜ Psikoloji Böl.

06531 Ankara

1. Ölçeğin formatında değişiklik yapmadan orjinal şeklinde kullanmak (bazen kişiler ölçekleri kendileri yeniden yazıyor, sayfa düzenini değiştiriyor mesala 1 sayfalık ölçeği 2 sayfa yapıyor vs).
2. Ölçeğin kendi örnekleminize göre yeniden geçerlik güvenirlik çalışması yapmamanız, var olan ölçek verilerine dayanılarak kullanılması (bunun gerekçesini anlatmam biraz karışık olabilir onun için yazmıyorum).
3. Tez kullanımında ekler bölümünde ölçeğin tamamı yerine örnek maddeleri olarak 1-2 soru verilip, yazışma adresi bilgisiyle verilmesi.

**EK-10: TÜRKÇE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ- KISA FORMU KULLANIM İZİN BELGESİ**

**WHOQOL Türkiye Merkezi**



**WHOQOL Center, Türkiye**

İletişim:

Prof. Dr. Erhan Eser

[e.eser@bavar.edu.tr](mailto:e.eser@bavar.edu.tr)

Contact:

Prof. Dr. Erhan Eser

[e.eser@bavar.edu.tr](mailto:e.eser@bavar.edu.tr)

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak.

Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa

Tel: + 90 236 231 83 73

Faks: + 90 236 232 00 58

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak.

Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa /Türkiye

Phone: + 90 236 231 83 73

Fax: + 90 236 232 00 58

**Tarih: 19 Şubat 2009**

**Belge No: 2009/01**

**WHOQOL-Bref .TR**

**Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü 2005 Türkçe Sürümü  
Kullanım İzin Belgesi**

**Sayın Güliz Onat Bayram**

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü'nün hakkı Dünya Sağlık Örgütü WHOQOL Türkiye merkezi tarafından korunmaktadır. WHOQOL Kullanım sözleşmesi gerekleri uyarınca bu ölçeği ticari amaçlar dışında merkezimize gönderilmiş olan metodolojiye göre bilimsel amaçlı kullanımınız uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Erhan Eser

WHOQOL-OLD Türkiye Merkezi

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Güliz	<b>Soyadı</b>	Onat Bayram
<b>Doğ.Yeri</b>	İstanbul	<b>Doğ.Tar.</b>	08.09.1981
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kim No</b>	47785608656
<b>Email</b>	gulizonat@hotmail.com	<b>Tel</b>	00 90 212 440 00 00-27618

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik YO	2009
<b>Yük.Lis.</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik YO	2005
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu	2003
<b>Lise</b>	Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi	1999

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Araştırma görevlisi	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu	2004-Halen
2. Kan teknisyen hemşiresi	Kızılay Çapa Kan Merkezi	1999-2004

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	ÜDS Puanı
İngilizce	Çok iyi	İyi	İyi	78.750

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	61.734	62.555	62.974

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
SPSS	İyi



## YAYINLARI/TEBLİGLERİ SERTİFİKALARI/ÖDÜLLERİ

### 1- ULUSLARARASI YAYIN VE ETKİNLİKLER

#### 1.1. SCI EXPANDED, SSCI, AHCI Kapsamındaki Dergilerde Yayınlanmış Özgün Araştırma, Makale, Derleme

- 1) Güliz Onat Bayram, Nevin Hotun Şahin (2008). Hysterectomy's Psychosexual Effects In Turkish Women. *Sexuality and Disability* 26(3):149-158.

### 2- ULUSAL YAYIN VE ETKİNLİKLER

#### 2.1. Kitap Bölüm Yazarlığı

- 1) Ümran Oskay, Güliz Onat Bayram, Melike Dişsiz (2009). İnfertil Hastaya Psikososyal Yaklaşım. (In): İnfertilite Hemşireliği, Editör: Nezihe Kızılkaya Beji, Acar Basım, İstanbul.

#### 2.2. Yurt İçi Hakemli Dergilerdeki Yayınlar

##### 2.2.1. Araştırmalar

- 1) Güliz Onat Bayram (2009). Gebelikte Şiddet ve Benlik Saygısı. *Bakırköy Tıp Dergisi* 5(2): 67-71.
- 2) Semra Erdoğan, Aylin Aktaş, Güliz Onat Bayram (2009). Sığınma Evinde Yaşayan Bir Grup Kadının Şiddet Deneyimleri ve Baş Etme Yaklaşımları: Niteliksel Bir Çalışma. *International Journal of Human Sciences* 6(1):807-823.
- 3) Güliz Onat Bayram (2008). Şiddet Gören Kadınlarda Benlik Saygısının Değerlendirilmesi. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 3(1): 19-23.
- 4) Güliz Onat Bayram (2007). Sporcuların Premenstrual Sendrom Yönünden Sedanter Bayanlarla Karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi* 3(3):104-110.

##### 2.2.2. Derlemeler

- 1) Nevin Hotun Şahin, Güliz Onat Bayram, Demet Avcı (2009). Kültürlere Duyarlı Yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 6(1):3-8.
- 2) Güliz Onat Bayram (2009). Evde Doğumlarda Ebelik Bakımı, Ebenin Rol ve Sorumlulukları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2(2):104-111.

- 3) Güliz Onat Bayram, Nezihe Kızılkaya Beji (2009). Sağlık Çalışanlarının Cinsel Şiddet Mağduru Kadına Yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 17(1): 41-47.
- 4) Güliz Onat Bayram (2008). Histerektomi Sonrası Psikososyal Uyum. Androloji Bülteni Sayı:34.
- 5) Güliz Onat Bayram, Aylin Aktaş (2008). Menstruasyon Sporcularda Günlük Yaşam Aktivitelerini Nasıl Etkiler? Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 24(1):113-121.
- 6) Güliz Onat Bayram, Nevin Hotun Şahin (2006). Jinekolojik Operasyonlarda Unutulan Bir Yön: Cinsellik. Hemşirelik Forumu Eylül-Aralık; s:64-68.

### 2.2.3. Çeviriler

- 1) Güliz Onat Bayram (2008). İnfertilite Tedavisiyle Gebe Kalmış Kadınların Deneyimleriyle İlgili Kalitatif Bir Çalışma. Androloji Bülteni Sayı:35.

### 2.2.4. Ulusal Bilimsel Toplantılarda Tam Metni veya Özeti Yayımlanan Sözlü ve Yazılı Bildiriler

- 1) Güngör İ, Beji NK, Erkan HA, Bayram GO, Bayrak ŞG, Yalçın Ö (2008). Üriner İnkontinans Şikayeti Olan Kadınlarda Alt Üriner Semptomların Değerlendirilmesi (Yazılı Bildiri). VI. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi 14-19 Mayıs 2008, Antalya. p:477.
- 2) Güliz Onat Bayram (2008). Gebelikte Şiddet ve Benlik Saygısı (Sözlü Bildiri). I. Kadın Sağlığı Kongresi Kadına Yönelik Şiddet Temalı, 20-22 Mart 2008, Ankara.
- 3) Nezihe Kızılkaya Beji, İlkay Güngör, Güliz Onat Bayram, Habibe Ayyıldız Erkan, Şule Gökyıldız Bayrak, Önay Yalçın (2007). İstanbul'da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Risk Faktörleri (Sözlü Bildiri). I. Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresi, 30 Ekim-03 Kasım 2007, Antalya.
- 4) Güliz Onat Bayram (2007). Bayan Sporcularda Premenstrual Sendrom Değerlendirmesi (Yazılı Bildiri). VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 26-29 Haziran 2007, İstanbul.
- 5) Güliz Onat Bayram, Hüsnüye Dinç, Süheyla Mercan, Sema Suyer (2007). Intern Ebe Öğrencilerin Klinik Uygulamada Maruz Kaldıkları Cinsel Taciz (Yazılı Bildiri). VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 26-29 Haziran 2007, İstanbul.

### 2.2.5. Diğer

#### Hasta El Kitapçıkları

- 1) Güliz Onat Bayram (2004). Histerektomi Ameliyatı Olmuş Kadınlar İçin El Kitabı, İstanbul.

### 3- DEVAM EDİLEN KURS PROGRAMLARI

- 1) Elektronik Fetal İzlem Hemşirelik Kursu, I. Kadın Sağlığı Kongresi, 02 Kasım 2009, Harbiye askeri Müze ve Kültür Merkezi, İstanbul.
- 2) Kalitatif Araştırma Yöntemleri Kursu, SASBİL (Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği), 26-28 Şubat 2009, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- 3) Diabetlilerde Cinsel Sağlık ve Hemşirenin Rolü, SANERC, 19 Şubat 2008, İstanbul.
- 4) Anne Sütü İle Beslenmede Danışmanlık Eğitim Kursu 09-11 Ocak 2008, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul.
- 5) Neonatal Resüsitasyon Programı 06-08 Haziran 2007, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul.
- 6) General English Intermediate 3 11.03.2006-06.05.2006, British Council, İstanbul.
- 7) Eğitim Becerileri Geliştirme Kursu 19-21 Nisan 2006: İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul.
- 8) Tıpsal Araştırma Yöntem Bilimi ve Bioistatistiksel Değerlendirme Kursu 07 Aralık 2005
- 9) İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.
- 10) Doğum Öncesi Eğitim İçin Eğitici Eğitim Programı 06-10 Eylül 2004, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul.
- 11) Kan Bankacılığı ve Tranfüzyon Kursu 01-05 Nisan 2001: Türkiye Kızılay Derneği ile Kan Merkezleri ve Tranfüzyon Derneği, İstanbul.

### 4- KATILINAN ULUSLARARASI / ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILAR

#### 4.1. Ulusal Bilimsel Toplantılar

##### 4.1.1. Bildiri ile:

- 1) I. Kadın Sağlığı Kongresi Kadına Yönelik Şiddet Temalı, 20-22 Mart 2008, Ankara.
- 2) I. Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresi, 30 Ekim-03 Kasım 2007 Belek/Antalya.

#### 4.1.2. Poster ile:

- 1) VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 26-29 Haziran 2007, İstanbul.

#### 4.1.3. Dinleyici olarak:

- 1) I. Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 02-04 Kasım 2009, Harbiye Askeri Müze ve Kültür Merkezi, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, İÜ Florence Nightingale Hemşirelik YO Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği, İstanbul.
- 2) IV. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi, 21-24 Ekim 2009, Harbiye Askeri Müze ve Kültür Merkezi, İstanbul.
- 3) Türkiye Bioetik Derneği VII. Tıp etiği Sempozyumu: Yeni Üreme Teknikleri-Yeni Annelikler, İstanbul Tabip Odası, 09 Mart 2009, İstanbul.
- 4) Androlojide Güncelleme ve Avrasya Androloji Zirvesi, Türk Androloji Derneği Polat R. Hotel, 05-07.06.2008, İstanbul
- 5) İÜ CTF Cerrahpaşa Kadın Doğum ve İnfertilite Günleri 2008, Harbiye Askeri Müze, 30-31 Mayıs 2008, İstanbul.
- 6) İÜ İTF İnfertilite Günleri 2008, 26-29 Mart, Harbiye Askeri Müze, İstanbul.
- 7) Diabetlilerde Cinsel Sağlık ve Hemşirenin Rolü, SANERC, 19 Şubat 2008, İstanbul.
- 8) Sarsılmış Bebek Sendromu İÜ İTF Pediatri Mezuniyet Sonrası Eğitim Programı, 11 Ocak 2008, İstanbul
- 9) Aşılarla Güncel Yaklaşım. 26 Aralık 2007, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.
- 10) Kadın Sığınakları ve Dayanışma/Danışma Merkezleri 10. Kurultayı 07-09 Aralık 2007, Taksim Hill Otel, İstanbul
- 11) Cerrahpaşa Kadın Doğum ve Tüp Bebek Günleri. 14-16 Haziran 2007, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul.
- 12) Cetad Günleri V, Proje Kapanış Oturumu. 11-12 Haziran 2007, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, İstanbul.
- 13) Anne ve Çocuk Sağlığı Sempozyumu. 09-10 Mayıs 2007, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul.
- 14) Aile İçi Şiddet Konferansı. 06 Mart 2007, İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
- 15) AB. 7. Çerçeve Programı Sağlık Alanı Tematik Konferansı. 12 Ocak 2007, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

- 16) Cinsel Mutluluk Sempozyumu. 12 Mayıs 2006, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi-Acıbadem Sağlık Grubu, İstanbul.
- 17) Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Dünü, Bugünü ve Geleceği 15-16 Kasım 2005, Türkiye Aile Planlaması Vakfı, İstanbul.
- 18) Terminal Dönemde Çocuk: Etik Sorunlar 01 Kasım 2005, İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Etiği Günleri-2005, İstanbul.
- 19) Adolesan Sağlığı Sempozyumu. 10-11 Mart 2005, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.
- 20) Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyumu. 04-05 Kasım 2004, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.
- 21) Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Nüfus, Uluslararası Göç ve Üreme Sağlığı Konferansı. 11-12 Ekim 2004, Türkiye Aile Planlaması Vakfı, İstanbul.
- 22) Androlojide (Kadın-Erkek Cinsel Sağlığı ve Erkek İnfertilitesi) Yenilikler ve Karmaşık Vakaların Çözümü Sempozyumu. 10-12 Haziran 2004, Türk Androloji Derneği, İstanbul.
- 23) Hamile Eğitim Programı 10.05.2004- 03.06.2004 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul.
- 24) Bilim ve Hukuk: Kadına Yönelik Şiddet, Cinsel Suçlar ve Aile İçi Şiddete Kriminal Soruşturma. 11.12.2002, İÜ Adli Tıp Enstitüsü ve İstanbul Amerikan Başkonsolosluğu, İstanbul.
- 25) İç Hastalıklarında Aciller Sempozyumu 28-29 Mart 2002, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.
- 26) Meme Hastalıkları Sempozyumu 22.12.2000, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.

##### **5- BİLİMSEL KURULUŞLARA ÜYELİKLER**

2003 – Halen	Türk Hemşireler Derneği
2004- Halen	Çocuk Hemşireleri Derneği
2005 - Halen	Adelesan Sağlığı Derneği
1999 - Halen	Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi Mezunları Derneği
2007 - Halen	Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği
2009- Halen	Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireleri Derneği

##### **6- ÖZEL İLGİ ALANLARI (HOBİLERİ):** Psikoloji, sinema, tiyatro