



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PRİMER İNFERTİL KADINLARDA FERTİLİTE
UYUMUNUN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Aysun ÖZEL HATİPOĞLU

Aralık 2019
DENİZLİ

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMER İNFERTİL KADINLARDA FERTİLİTE UYUMUNUN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aysun ÖZEL HATİPOĞLU

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN

Denizli, 2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Aysun ÖZEL HATİPOĞLU tarafından Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN yönetiminde hazırlanan "**Primer İnfertil Kadınlarda Fertilite Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN
Pamukkale Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN
Pamukkale Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK
Pamukkale Üniversitesi



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nuntarih
ve ..39/13.. sayılı kararıyla onaylanmıştır.

26/12/2019


Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı : Aysun ÖZEL HATİPOğLU

İmza : 

ÖZET

PRİMER İNFERTİL KADINLARDA FERTİLİTE UYUMUNUN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Aysun ÖZEL HATİPOĞLU
Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik AD
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN

Aralık 2019, 71 Sayfa

Bu çalışma, primer infertil kadınlarda fertilitte uyumunun yaşam kalitesine etkisini incelenmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Analitik kesitsel tipte olan çalışmanın örneklemini Denizli Devlet Hastanesi İnfertilite Merkezi'ne gelen, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun primer infertil 174 kadın oluşturmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Veri Formu, Fertilitte Uyum Ölçeği ve FertiQoL (Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği) kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 25 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde Tek Yönlü Varyans Analizi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan primer infertil kadınların yaş ortalamaları $29,42 \pm 4,26$ olup, % 47,1' inin lise mezunu olduğu, % 53,5' inin çalıştığı ve % 67,8' inin gelirinin giderine denk olduğu saptandı. Kadınların % 44,3 'ünün şehirde yaşadığı, % 62,1' inin tanışarak evlendiği, % 85,1' inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulgulandı. Primer infertil kadınların tanı yılı ortalamaları $6,14 \pm 3,56$ olup, % 52,9' unun infertilite nedeninin kadın faktörü olduğu saptandı. Çalışmaya katılan primer infertil kadınların FÜO puan ortalamasının $35,32 \pm 7,63$, FertiQoL toplam puan ortalamasının $58,4 \pm 15,15$ olarak hesaplandı ($p < 0,05$). Primer infertil kadınların eğitim seviyesi, gelir düzeyi yükseldikçe fertilitte uyum düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin yükselmekte olduğu gözlemlendi. Ayrıca şehirde yaşayanların, tanışarak/ flört ederek evlenenlerin ve kadın faktörlü infertilite nedenine sahip olan kadınların fertilitte uyum düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Çalışma sonucunda primer infertil kadınların fertilitte uyum düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı belirlendi. Hemşirelere çiftlerin uyum düzeylerini bilmeleri ve çiftlerin ihtiyaç duydukları destek programlarını yürütmeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Fertilitte uyum, infertilite, yaşam kalitesi

ABSTRACT**THE EFFECT OF FERTILITY ADAPTATION ON QUALITY OF LIFE IN PRIMARY INFERTILE WOMEN**

ÖZEL HATİPOĞLU, Aysun
Master Thesis in Nursing
Supervisor: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN

December 2019, 71 Pages

This study was carried out in order to examine the effect of fertility adjustment on primer infertile women's life quality. The sample of this analytical cross-sectional study was comprised of 174 women who came to Denizli Public Hospital Infertility Center and were convenient to be involved in this research. The data were gathered by usage of Personal Data Form, Fertility Adjustment Scale (FAS) and FertiQoL (Quality of Life Scale for Persons with Fertility Problems) which were formed by the researcher. The data were analyzed by using SPSS 25 packet program. One-Way Variance Analysis, Mann Whitney U Test and Kruskal Wallis Variance Analysis were used while analyzing the data. Spearman Correlation Analysis was used in the examination of relations between numeral variables. It was detected that the average age of the primer infertile women who participated in the study was $29,42 \pm 4,26$ and % 47,1 of them were high-school graduate, % 53,5 was working and % 67,8 of them has their income equal to their expenditure. % 44,3 of these women were revealed to be living in the city, % 62,1 were married by acquaintance, % 85,1 had nuclear family. It was also discovered that primer infertile women's diagnosis year average was $6,14 \pm 3,56$ and % 52,9 of the infertility causes were the woman factor. The FAS score average of the primer infertile women who participated in the study was calculated as $35,32 \pm 7,63$, FertiQoL total score average was calculated as $58,4 \pm 15,15$ ($p < 0,05$). Fertility adjustment levels and quality of life levels were observed to be increasing as the primer infertile women's education levels got higher and as their incomes were raised. Moreover, the ones who; were living in the city, were married by acquaintance / flirting, had woman factor on their infertility were detected to have high infertility compatibility levels and high life quality levels. As a result of the study, the life quality levels were defined to be increasing as the infertile women's infertility compatibility levels increased. Nurses may be advised to know the level of adaptation of couples and to conduct the support programs that couples need.

Key words: Fertility adjustment, infertility, quality of life

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her zaman bana olan inancını ve desteğini hissettiğim, sabrını, anlayışını, emeğini, mesleki deneyimlerini, yardımını esirgemeyen çok değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Sayın Sevgi ÖZKAN' a

Tezimin istatistiksel analizlerinde emeğini, yardımını ve desteğini esirgemeyen Öğr. Gör. Dr. Sayın Hande ŞENOL' a,

Araştırmaya katılan tüm kadınlara, Denizli Devlet Hastanesi İnfertilite Merkezi'nde çalışan Hemşire Nevin OĞUZ' a

Hayatım boyunca her koşulda yanımda olan beni koşulsuz seven, desteklerini esirgemeyen, hayattaki en değerli varlıklarım canım annem Aynur ÖZEL'e ve canım babam Yıldırım ÖZEL'e

Hayatımda yol göstericim olan, sevgisini hep kalbimde taşıdığım canım abim İlhan Gökhan ÖZEL'e

Yaşamımın her anında bana destek olan sevgisiyle güç veren eşim Soner HATİPOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1.Amaç	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	4
2.1.İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı	4
2.2.Fertiliteyi Etkileyen Faktörler	4
2.3.İnfertilite Nedenleri.....	5
2.3.1.Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler	5
2.3.2.Erkekde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	7
2.4.İnfertilite Tedavisi.....	8
2.4.1.Yardımcı Üreme Teknikleri.....	8
2.5.Fertilite Uyumu.....	11
2.6.İnfertilitenin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	12
2.7.İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı	14
2.8.Hipotezler	15
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	16
3.1.Araştırmanın Tipi	16
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4.Veri Toplama Araçları	17
3.4.1.Kişisel Bilgi Formu	17
3.4.2.Fertilite uyum ölçeği [Fertility Adjustment Scale (FUO)]	17
3.4.3.FertiQoL (Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi	18
3.5.Verilerin Toplanması ve Süresi	19
3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları	19

3.6.1.Araştırma Kapsamına Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	19
3.6.2.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	19
3.7.Araştırmanın Etik Yönü	20
3.8.Verilerin Analizi.....	20
3.9.Araştırmanın Süresi	21
4. BULGULAR	22
4.1.Primer İnfertil Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	23
4.2.Primer İnfertil Kadınların İnfertilite Öykülerine İlişkin Bulgular	25
4.3.Primer İnfertil Kadınların FUO ve FertiQoL Ölçeği Puan Ortalamaları	26
4.4.Primer İnfertil Kadınların FUO ve FertiQoL Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Bu Puanlarla Tanıtıcı Özellikler Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular	28
4.5.Primer İnfertil Kadınların FUO ve FertiQoL Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Bu Puanlarla İnfertilite Öyküsü Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular	39
4.6.FUO ile FertiQoL Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular.....	46
5. TARTIŞMA	47
5.1.Primer İnfertil Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	47
5.2.Primer İnfertil Kadınların FUO Puanları ile Tanıtıcı Özellikleri ve İnfertilite Öyküleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	51
5.3.Primer infertil kadınların FertiQoL Puanları ile Tanıtıcı Özellikleri ve İnfertilite Öyküleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	53
5.4.FUO ve FertiQoL Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	58
6.SONUÇLAR	61
7.ÖNERİLER	64
8.KAYNAKLAR	65
9.ÖZGEÇMİŞ	71
10.EKLER	
Ek-1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	
Ek-2.Kişisel Bilgi Formu	
Ek-3.Fertilite Uyum Ölçeği [Fertility Adjustment Scale (FUO)]	
Ek-4.FertiQoL (Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği)	
Ek-5.Etik Kurul İzni	
Ek-6.Kurum İzni	
Ek-7.Fertilite Uyum Ölçeği Kullanım İzni	

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 3.9.1.Araştırmanın zaman çizelgesi	21
Tablo 4.1.1.Primer infertil kadınlarda sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.....	23
Tablo 4.2.1.Primer infertil kadınların infertilite öyküsüne göre dağılımı.....	25
Tablo 4.3.1.Primer infertil kadınların FÜO ve FertiQoL ölçęęi puan ortalamaları.....	26
Tablo 4.4.1.Primer infertil kadınların sosyo-demografik özelliklerinin FÜO ve FertiQoL alt boyut puan ortalamalarına etkisinin incelenmesi.....	29
Tablo 4.5.1.Primer infertil kadınların infertilite öyküsünün, FÜO ve FertiQoL alt boyut puan ortalamalarına etkisinin incelenmesi.....	39
Tablo 4.6.1.FÜO ve FertiQoL ölçęęi puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular.....	46

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ.....	Dünya sağlık örgütü
ET.....	Embriyo transferi
FERTİQOL.....	Doğurganlık sorunu yaşayan kişiler için hayat kalitesi ölçęi
FUO.....	Fertilite uyum ölçęi
GİFT.....	Gamet intra fallopian transferi
HCG.....	Human koryonik gonodotropin
ICSI.....	İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu
IUI.....	İntrauterin inseminasyon
IVF.....	İn-vitro fertilizasyon
IVF-ET.....	İn vitro fertilizasyon embriyo transferi
TNSA	Türkiye nüfus ve sağlık araştırması
USG.....	Ultrasonografi
YÜT.....	Yardımcı üreme teknikleri
ZİFT.....	Zigot intra fallopian transferi

1. GİRİŞ

İnfertilite çiftlerin 12 ay düzenli ve korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebelik elde edememesi olarak tanımlanmaktadır (Güngör vd 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre infertilite tüm dünyada yaklaşık 60-80 milyon çifti etkileyen ve prevalansının dünya çapında % 10-15 oranında olduğu tahmin edilen yaygın bir problemdir. İnfertilite insidansı, gelişmekte olan ülkelerde cinsel yolla bulaşan hastalıkların daha sık görülmesi sebebiyle gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir (Peyromusavi vd 2016, Tişuri vd 2018).

İnfertilitenin çiftlerin yaşamları üzerinde büyük bir etkisi vardır. İnfertilite çiftlerde stres, anksiyete, depresyon, cinsel istekte azalma ve yaşam kalitesinin azalması gibi psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar infertilitenin gelişmekte olan ülkelerde, geniş aile yapısına sahip ve toplumsal ilişkileri daha yoğun olan çiftlerde daha büyük sorunlar yarattığını göstermektedir (Aboulghar 2005, Bakhtiyar vd 2019). Çiftlerin infertiliteye yaklaşımları arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Kadın ve erkeğin yaşadıkları duyguları yansıtırma şekilleri farklıdır. Kadınlar infertilitenin onlara yaşadığı duyguları daha kolay anlatabilirken, erkekler duygularını ve yaşadığı fertilitate problemini saklamaktadır (Şen vd 2014).

Kadınların infertiliteye yönelik tutumları içinde yaşadığı toplumun kültür değerlerinden ve beklentilerinden etkilenir. Kadın cinsiyete karşı ön yargısı olan toplumlarda yaşayan kadınlar infertilite probleminden eşine göre daha fazla etkilenmektedir. Anneliğin kadınların aile ve toplum içindeki statüsünü arttırdığı toplumlarda kadınlar infertilite nedeniyle suçlanmakta, toplumsal olayların dışında tutulmakta, küçümsenmekte ve mutsuzluğa hapsedilmektedir. İnfertilite sosyal damgalanmaya yol açmakta, bu durum çiftlerin kendilerini toplumdaki soyutlamasıyla sonuçlanmaktadır. İnfertil kadınlar sıklıkla eşleri tarafından şiddete, terk edilmeye ve aldatılmaya maruz kalmaktadır (Aboulghar 2005, Bakhtiyar vd 2019).

Fertilite uyumu, infertil çiftlerin infertilite sorunları, tedavileri ve bu tedavilerin olası sonuçlarına olan tutumlarını ve bakış açılarını değiştirmesini ifade eder. Uyum, çiftin artık çocuk sahibi olma veya mevcut durumlarını kabul etme arzusunun olmadığı

anlamına gelmez, çiftin bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak çocuk sahibi olma ya da olmama ihtimallerine hazır olma durumudur (Tiyuri vd 2018). Çiftlerin fertil İnfertilite çiftlerin 12 ay düzenli ve korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebelik elde edememesi olarak tanımlanmaktadır (Güngör vd 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre infertilite tüm dünyada yaklaşık 60-80 milyon çifti etkileyen ve prevalansının dünya çapında % 10-15 oranında olduğu tahmin edilen yaygın bir problemdir. İnfertilite insidansı, gelişmekte olan ülkelerde cinsel yolla bulaşan hastalıkların daha sık görülmesi sebebiyle gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir (Peyromusavi vd 2016, Tiyyuri vd 2018)

İnfertilitenin çiftlerin yaşamları üzerinde büyük bir etkisi vardır. İnfertilite çiftlerde stres, anksiyete, depresyon, cinsel istekte azalma ve yaşam kalitesinin azalması gibi psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar infertilitenin gelişmekte olan ülkelerde, geniş aile yapısına sahip ve toplumsal ilişkileri daha yoğun olan çiftlerde daha büyük sorunlar yarattığını göstermektedir (Aboulghar 2005, Bakhtiyar vd 2019).

Çiftlerin infertiliteye yaklaşımları arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Kadın ve erkeğin yaşadıkları duyguları yansıtmaya şekilleri farklıdır. Kadınlar infertilitenin onlara yaşadığı duyguları daha kolay anlatabilirken, erkekler duygularını ve yaşadığı fertilitate problemini saklamaktadır (Şen vd 2014).

Kadınların infertiliteye yönelik tutumları içinde yaşadığı toplumun kültür değerlerinden ve beklentilerinden etkilenir. Kadın cinsiyete karşı ön yargısı olan toplumlarda yaşayan kadınlar infertilite probleminden eşine göre daha fazla etkilenmektedir. Anneliğin kadınların aile ve toplum içindeki statüsünü arttırdığı toplumlarda kadınlar infertilite nedeniyle suçlanmakta, toplumsal olayların dışında tutulmakta, küçümsenmekte ve mutsuzluğa hapsedilmektedir. İnfertilite sosyal damgalanmaya yol açmakta, bu durum çiftlerin kendilerini toplumdan soyutlamasıyla sonuçlanmaktadır. İnfertil kadınlar sıklıkla eşleri tarafından şiddete, terk edilmeye ve aldatılmaya maruz kalmaktadır (Aboulghar 2005, Bakhtiyar vd 2019).

Fertilite uyumu, infertil çiftlerin infertilite sorunları, tedavileri ve bu tedavilerin olası sonuçlarına olan tutumlarını ve bakış açılarını değiştirmesini ifade eder. Uyum, çiftin artık çocuk sahibi olma veya mevcut durumlarını kabul etme arzusunun olmadığı anlamına gelmez, çiftin bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak çocuk sahibi olma ya da olmama ihtimallerine hazır olma durumudur (Tiyuri vd 2018). Çiftlerin fertilitateuyumlarının iyi olması infertilite tanı ve tedavisinde sergilediği tutum ve davranışlara olumlu yönde etki etmektedir (Bilgiç vd 2016).

İnfertil çiftlerin baş etmekte zorluk yaşadığı kriz durumunda çiftlere ihtiyacı olan destek ve danışmanlığı sunmak, çiftlerin yapılacak işlemlerle ilgili bilgilendirilmesi,

tedavilerin lanlanması ve uygulanması aşamalarına dahil edilmesi hemşirelerin önemli görevlerindedir. İnfertil çiftlerin anksiyete ve korkularının giderilmesi, çiftte gereklidesteğin verilmesi, beden imgesi ve benlik saygısının korunması konuları da hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerinin çiftlere faydalı olması için, konu hakkında yeterince bilgi sahibi olması ve sorunlarla başa çıkma yöntemlerini bilmesi gerekmektedir (Taşçı ve Özkan 2007). İnfertilite çiftlerde stres, anksiyete, depresyon, yalnızlık, kontrol kaybı, evlilik ilişkilerinde bozulma ve damgalanma gibi psikolojik sorunlara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. İnfertilite alanında çalışan hemşireler infertil çiftlerin yaşadıkları bu olumsuzluklarla baş etmelerine yardımcı olmaktadır. Hemşireler bu sebeple, infertil çiftlerin fertiliteye uyum derecesini bilmek durumundadır (Arslan Özkan vd 2014).

1.1. Amaç

Fertilite uyumunun yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, fertilitate uyumu ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin ve primer infertil kadınlarda fertilitate uyumunun yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre infertilite 1 yıl içinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaksızın çiftlerin düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebelik elde edememesi durumudur (WHO 2009). Primer infertilite hiç gebelik oluşmamasını tanımlar. Sekonder infertilite ise, öncesinde gebelik gerçekleşmesine rağmen yeni bir gebeliğin oluşmamasıdır (Taşkın 2012, Şirin ve Kavlak 2015). Çiftlerin bir adet dönemi içerisinde gebelik elde etme şansına fekundabilite denir. Sağlıklı çiftlerde bu oran %20-25'tir (Sezgin ve Hoccoğlu 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre infertilite, dünya genelinde üreme çağındaki çiftlerin %10-15'ini etkilemektedir (WHO 2010). İnfertilite nedenleri dünya genelinde benzer olmasına rağmen infertilite insidansı dünyanın farklı ülkelerinde hatta aynı ülkenin farklı coğrafi bölgeleri arasında değişiklik göstermektedir. İnfertilite insidansı gelişmiş ülkelerde %8-10, gelişmekte olan ülkelerde %15-20 oranında çifti etkilemektedir. Sahra altı Afrika'da ise her üç çiftten biri infertilite tanısı almaktadır. Bu oran farkının sebebi ise gelişmekte olan ülkelerde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (özellikle de gonore ve klamidy) görülme sıklığının fazla olması ve bu enfeksiyonların tedavi edilememesi ya da eksik tedavisinin vücutta infertilite gibi bir hasara yol açmasıdır (Aboulghar 2005, Kırca vd 2013). Ülkemizde ise çiftlerin %10-20'sinin infertilite sorunuyla karşı karşıya kaldığı düşünülmektedir (Kılıç vd 2011).

2.2. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler

Kadın ve erkeğin yaşı, cinsel ilişki sıklığı ve zamanlaması fertilitiyi etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Çiftler için fertilitiyi düzeyinin en yüksek olduğu yaşlar 24-25 yaş civarındadır. Kadınlarda 30 yaşından sonra, erkeklerde ise 40 yaşından sonra fertilitiyi hızı düşmeye başlar. Fakat erkekte üreme yeteneği geç yaşlara kadar devam

eder. İnfertilitenin sık görülen nedenlerinden biri de cinsel ilişki sıklığının yeterli olmamasıdır. Gebelik isteyen çiftlerin en az haftada 2 kez cinsel ilişkiye girmeleri gerekmektedir.

Gebelik olasılığını arttıran yöntemlerden biri de ovulasyon döneminde cinsel ilişkiye girmektir. Bu dönem 28 günlük menstrual siklusun ortasındaki 3 gündür. Fertilitiyi etkileyen diğer faktörler ise sigara, alkol tüketimi, yaşam şekli ve çalışma şartları, aşırı zayıflık, obezite, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, stres, toksinler ve radyasyondur (Younglai vd 2005, Yılmaz 2012, Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

2.3. İnfertilite Nedenleri

İnfertil çiftlerin %40'ında kadın faktör, %40'ında erkek faktör, %10'unda her iki çiftte ait faktörler etkiliyken, %10'unda infertilite nedeni açıklanamamaktadır (Pınar ve Zeyneloğlu 2012).

2.3.1. Kadında infertiliteye neden olan faktörler

Kadınlarda infertiliteye neden olan faktörler incelendiğinde; ovulatuvar faktörler, tuba-peritoneal faktörler, uterin faktörler ve servikal faktörler karşımıza çıkmaktadır (Guideline 2012).

2.3.1.1. Ovulatuvar faktörler: Kadınlarda doğurganlığı etkileyen en önemli nedenler ovulatuvar disfonksiyon yada anovulasyondur. Kadın infertilite nedenleri arasında %40 oranında etkilidir. Çiftin değerlendirilmesi sırasında ovulasyon varlığının tespiti büyük öneme sahiptir (Şahin vd 2009, Guideline 2012). Tek başına yeterli olmamakla birlikte klinik öykü ovulasyonun değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Ovulasyonun nesnel değerlendirmesinde ise, midluteal progesteron ölçümü, pozitif luteinize edici hormon testleri, endometrial biyopsi, transvajinal ultrasonografi, bifazik bazal vücut ısısı ölçümü ve servikal mukus değişiklikleri kullanılmaktadır. 3 ng / mL'den büyük progesteron değeri ovulasyonun kanıtıdır. Anovulasyon obezite, hipotalamik ve hipofiz fonksiyon bozukluğu, polikistik over sendromu ve diğer nedenlerle ilişkilidir. Tiroid hastalığı ve hiperprolaktinemi, yetersiz luteal fazdan oligomenore ve amenore arasında değişen ovulatuvar disfonksiyona neden olabilmektedir (Şahin vd 2009, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2019).

2.3.1.2. Tuba-peritoneal faktörler: Fallop tüplerinin kadın üreme sistemi içerisindeki görevi oosit ve sperm arasındaki bağlantıyı sağlıklı bir şekilde gerçekleştirmektir. Histerosalpingografi tubal açıklığın değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Günümüzde tubal faktörlerin saptanmasında en güvenli yöntem olan laparoskopi sıklıkla kullanılmaktadır. Tubal faktörler kadın infertilite nedenleri içinde % 25-30 oranında, peritoneal faktörler ise %20 oranında etkilidir. Ektopik gebelik, uzun süreli RİA kullanımı, endometriozis, pelvik yaralanmalar sonucu gelişen travma, rüptüre apandisit, genital sistem enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve pelvik inflamatuvar hastalıkların varlığı tubalarda yapışıklık meydana getirerek ovumun uterusu yerleşmesini engeller ve kadında infertiliteye sebep olur (Şahin vd 2009, Durgun Ozan 2013, Zeren 2016, Üner 2017, ACOG 2019).

2.3.1.3. Uterin faktörler: Uterusun üreme sistemindeki görevleri; zigotun fallop tüplerine gelmesinden sonra implantasyon öncesi kısa süreliğine muhafaza edilmesi, zigotun implante olacağı en elverişli ortamın hazırlanması ve embriyo/ fetusun dış etkenlere karşı korunmasını sağlamaktır. Uterin faktörlerin infertilite üzerindeki etkisi % 2-5 gibi düşük bir oran olmasına karşın oluşan gebeliklerin sonlanmasındaki etkisi % 25' dir. İnfertilite ile ilişkili uterin faktörler; unutulmuş RİA'lar, myomlar, leiomyomlar, endometrial polipler, küretaj ve intrauterin enfeksiyon sonucu gelişen intrauterin adezyonlar, fetal kemikler, müllerian anomaliler ve endometriyozistir. Endometriyozis, endometriyum tabakasının uterin kavite dışında gelişmesidir. Endometriyozisli kadınların çocuk sahibi olabilmeleri için tedavi olmaları şarttır. İnfertilite şikayetiyle başvuran kadınların % 25'ine endometriyozis teşhisi koyulmaktadır (Şahin vd 2009, Durgun Ozan 2013, Üner 2017, ACOG 2019).

2.3.1.4. Servikal faktörler: Servikal faktörler kadın infertilitesinde % 10 etkilidir. İnfertiliteye neden olan servikal faktörler; servikse ait anomaliler, servikal enfeksiyonlar ve servikal mukusun yapısında meydana gelen değişikliklerdir. Endoserviksteki sekretuar hücreler tarafından salgılanan servikal mukus hidrojel yapıda, % 94'ü su olan, karbonhidrattan zengin bir glikoproteindir. Östrojen ve progesteron servikal mukusun salgılanması üzerinde etkilidir. Östrojen mukus salınımını sağlarken, progesteron baskılayıcı etkiye sahiptir. Servikal mukus spermilerin yaşayabileceği uygun ortam olup ayrıca spermilerin kadın genital sistemindeki fagositlerden korunmasını sağlar. Enfeksiyonlar ve endoservikal epitelin yapısının bozulması mukusun yapısını değiştirebilir. Bu değişim sonucunda servikal mukus fizyolojik görevini yerine getiremez ve spermilerin kalitesinde, hareketliliğinde bozulmalar

meydana gelir. Bu durum spermlerin geçisini engelleyerek infertiliteye yol açmaktadır (Şahin vd 2009, Durmazoğlu 2015, Yaylagülü 2017).

2.3.2. Erkeklerde infertiliteye neden olan faktörler

Erkeklerde infertiliteye neden olan faktörler üç grupta incelenmektedir. Bunlar; sperm üretimindeki bozukluklar, sperm fonksiyonlarındaki bozukluklar ve duktal sistem bozukluklarıdır (Yılmaz 2012).

2.3.2.1. Sperm üretim bozuklukları: Erkeklerde en sık görülen infertilite nedeni sperm üretim ve olgunlaşma bozukluklarıdır. Sperm üretim bozukluğu sadece sperm sayısı ile ilgili değildir. Sperm hareketlerinin zayıflığı ya da anormal sperm şekillerinden kaynaklı da olabilir. Ejakülasyon sırasında 2-6 ml semen atılır. Bu semenin mililitresinde 20 milyondan daha az sperm bulunması yetersiz sperm üretimi olarak değerlendirilmektedir. Sperm üretim bozuklukları primer testiküler yetmezlik sonucu ortaya çıkabilir. Primer testiküler yetmezlik, hipogonadotropik hipogonadizm gibi hormonal bir nedene bağlı olabileceği gibi genetik bir hastalık (Klinefelter sendromu) sonucu meydana gelebilir. Testislerdeki anatomik sorunlar (kriptorşidizm, varikozel), yetişkinlik dönemi geçirilen testis enfeksiyonları (kabakulak orşidi), ve gonadotropin primer yetmezliğin diğer nedenleri olabilir (Şahin vd 2009, Uğur 2014, Koca Çavdar 2017, Kaba 2018).

2.3.2.2. Sperm fonksiyon bozukluğu: Spermin fertilizasyonu başarması için yalnızca sayısının normal olması yetmez, aynı zamanda şeklinin ve hareket hızının da normal olması gerekir. Semende spermilerin % 60' ında hareket sorunu mevcutsa sperm fonksiyon bozukluğundan bahsedilir. Anti sperm antikorları, genital sistem enfeksiyonları, penetrasyon sorunları, varikozel, sperm yapışma anomalileri sperm fonksiyon bozukluklarına yol açabilir. Sperm eğer yeterli sürede ovuma ulaşamazsa fertilizasyon gerçekleşmez (Şahin vd 2009, Durgun Ozan 2013, Koca Çavdar 2017).

2.3.2.3. Duktal sistem bozuklukları: Spermin taşınmasında sorun yaşanması ya da kadın üreme organında canlı kalmakta sıkıntı yaşamalarıyla ilgilidir. Duktal sistem obstrüksiyonu konjenital bilateral vazdeferans yokluğu, vazektomi, ejakülasyon sistem anomalileri, doğumsal yada kazanılmış epididimis gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır (Zeren 2016, Kaba 2018).

2.4. İnfertilite Tedavisi

Nedeni genellikle karmaşık olan infertilitenin tedavisi de karmaşıktır. Tedaviye başlamadan önce infertilite nedeni belirlenmeli, nedene yönelik tedavi programı uygulanmalıdır (Teskereci 2010, Zeren 2016).

Anatomik veya fizyolojik bir bozukluk infertilite nedeniyse öncelikle bu bozukluklar giderilmelidir. Ovulasyon bozukluğuna bağlı infertilite söz konusuysa ovulasyonun sağlanabilmesi için hormon tedavisine başlanabilir. Pelvik faktörlerin etkili olduğu pelvik adezyon durumunda sorun mikrocerrahi ile düzeltilebilir. Özel cerrahi teknikler kullanılarak uterus ve tüp anomolilerinin tedavisi de mümkündür (Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

İnfertilite tedavisi seçilirken çiftin yaşına, ekonomik koşullarına, dini ve kültürel değerlerine uygun olmasına, kullanımının kolay, etkinliğinin yüksek ve yan etkisinin az olmasına dikkat edilmelidir. Basit tedavilerden başlayıp, karmaşık tedavilere doğru gidilmelidir (Teskereci 2010). Tıbbi ve cerrahi yöntemler kullanılarak % 85-90 oranında infertil çiftin problemi çözülebilmekte ve çiftte çocuk sahibi olma şansı doğmaktadır. %10-15 infertil çift ise yardımcı üreme tekniklerine başvurmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

2.4.1. Yardımcı üreme teknikleri

Robert Edward ve Patrick Stpteo isimli iki İngiliz araştırmacınının 1978 yılında in vitro fertilizasyon yöntemiyle doğan ilk bebeği tüm dünyaya duyurmaları büyük ses getirmiştir. İn vitro Fertilizasyon Embriyo Transferi (IVF-ET) uygulamaları giderek yaygınlaşmaya başlamış, infertilite tedavisinde Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) kavramı ortaya çıkmıştır. Bu teknikler kendine geniş kullanım alanları bulmuştur (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009). Yardımcı üreme teknikleri, çiftlerin spontan olarak gebelik elde edememesi durumunda kullanılan ileri tedavi teknikleridir (Durgun Ozan 2013).

2.4.1.2. İntra- uterin inseminasyon (IUI)

İntrauterin inseminasyon (IUI), ucuz olması, kolay uygulanabilmesi ve daha az invazif olması gibi nedenlerden dolayı yardımcı üreme teknikleri içinde en sık kullanılan yöntemlerdendir. Halk arasından IUI için aşılama tabiri kullanılır (Durgun Ozan 2013, Sünger 2018).

İnfertilite tedavisinde daha karmaşık tedavilere geçilmeden önce birçok infertil çift için ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Erkekten alınan semen içerisinde bulunan spermilerin laboratuvar koşullarında çeşitli işlemlerden geçirilerek hazırlanıp, ovulasyon döneminde kateter aracılığıyla uterus içine enjekte edilmesidir. IUI klomifen sitrat veya gonadotropin kullanılarak yapılan ovulasyon indüksiyonuyla beraber yada normal bir siklusta gerçekleştirebilir. Ovulasyon indüksiyonunun amacı 2-4 oosit gelişimini sağlamaktır. Gelişimi takip edilen folükül 18mm'ye gelince ovulasyonu tetiklemek amacıyla Human Koryonik Gonodotropin (HCG) verilir. HCG verilmesinin ardından geçen 36. saatte intrauterin inseminasyon uygulanır (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Teskereci 2010, Yaylagülü 2017).

IUI endikasyonlarına baktığımızda nedeni açıklanamayan infertilite, hafif pelvik adhezyon, servikal faktör, sperm bozuklukları, hafif endometriyozis, erkek faktörü, vajinismus ve impotans karşımıza çıkmaktadır (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Durgun Ozan 2013, Yaylagülü 2017).

IUI işlemi en az 10 milyon/ml sperm varlığında uygulanabilmektedir. Sperm sayısının, 10 milyon/ml' den daha az olduğu durumlarda ileri tedavi yöntemlerine geçilmelidir (Teskereci 2010). IUI, cinsel ilişkiye göre gebelik şansını %5-20 oranında arttırmaktadır (Zeren 2016).

Literatüre göre IUI yöntemiyle gebelikler en fazla 3-4 siklusta oluşmakta ve 6-8 aylık menstrüal dönemi kapsamaktadır. 5-6 kez IUI uygulanmasına karşın gebelik oluşmazsa tedavi başarısız kabul edilir, farklı bir tedavi yöntemine geçilmelidir (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Durgun Ozan 2013, Kaba 2018).

2.4.1.3. İn-vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET)

İn-Vitro Fertilizasyon (IVF), yardımcı üreme teknikleri içinde en sık kullanılan yöntemdir. Oosit ve spermilerin bir tüp içerisinde laboratuvar ortamında bir araya getirilip kendiliğinden fertilize olmasının beklenmesi prensibine dayanmaktadır. Fertilasyon gerçekleşikten sonra oluşan embriyoların uterusu transservikal olarak yerleştirilmesi işlemine de Embriyo Transferi (ET) denilmektedir (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Kaba 2018). IVF işlemi bir tüp içinde gerçekleştiği için bu yöntem halk arasında tüm bebek olarak adlandırılmaktadır (Atay 2017).

IVF tedavisinin ilk aşamasını fertilite ilaçlarıyla yapılan kontrollü ovarian stimülasyon oluşturmaktadır. Bir kadının aylık menstrüal siklusunda ovulasyona hazır hale gelebilen olgun oosit sayısı bir ya da ikidir. Kontrollü ovarian stimülasyonda dışarıdan verilen ilaçlarla üretilen oosit miktarını arttırmak, daha fazla sayıda olgun

oosit elde etmek ve böylelikle döllenme şansını arttırmak amaçlanmaktadır (Algül 2013).

Folikül gelişimi ve oosit olgunlaşması serum estradiol düzeylerinin ölçümü ve transvajinal USG ile takip edilmektedir. Oositlerin yeterli olgunluğa ulaştığına karar verildiğinde ovulasyonu başlatmak için HCG enjeksiyonu yapılmaktadır. HCG enjeksiyonundan sonra geçen 34-36 saat sonunda oositler laparoskopik yolla veya transvajinal USG eşliğinde iğne aspirasyonu tekniğiyle toplanmaktadır (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Teskereci 2010, Kırca 2011, Arslan Özkan 2012, Durgun Ozan 2013, Eğin 2016).

Oositlerin çevresinde bulunan granülosa hücrelerinin ayrılması için toplanan oositler özel sıvıların içine koyulup inkübatörde 4-6 saat bekletilmektedir. Bu sürede oositler fertilizasyona hazır duruma gelmektedir. Erkekten normal yollarla yada cerrahi yöntemlerle alınan semen likefiye olması (sıvılaşması) için özel bir kaba koyulmaktadır.

Sıvı hale gelen semenin içerdiği spermilerin sayısı, hareketliliği ve morfolojik özellikleri açısından incelenmektedir. Seçilen spermilerle fertilizasyona hazır hale gelen oositler, oosit başına 20.000 hareketli sperm düşecek şekilde fertilizasyon için bir tüpe koyulup ve fertilizasyonun doğal yollarla gerçekleşmesi beklenir. 16-18 saat sonra fertilizasyonun gerçekleşip gerçekleşmediğine bakılır (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Algül 2013, Yaylagülü 2017).

Embriyo Transferi (ET) fertilizasyonun gerçekleşmesi sonucu oluşan embriyonun kateter yardımıyla tranabdominal USG eşliğinde transservikal yolla uterusun fundusunun 1cm' alt kısmına yerleştirilmesi işlemidir (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Arslan Özkan 2012).

Fertilizasyon gerçekleştikten sonra oluşan embriyoların transferi blastosist aşamasına kadar herhangi bir dönemde gerçekleştirilebilmektedir. Sıklıkla embriyo morula evresindeyken yani oosit toplanmasından sonra geçen 2-3 gün içinde transfer edilir (Kuş 2008, Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Arslan Özkan 2012, Eğin 2016).

Son yıllarda embriyonun implantasyon başarısını arttırdığı için blastosist aşamasında (5. Gün) transfer yapılmaktadır. Bu uygulama sonucu daha az embriyo transferi gerçekleştiği için çoğul gebeliklerin önüne geçilebilmektedir (Kuş 2008, Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Arslan Özkan 2012). IVF-ET başarı oranı %20-25'dir (Kırca 2011, Eğin 2016).

2.4.1.4. İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)

Erkek faktörlü infertilite ya da nedeni açıklanamayan infertilite durumlarında IVF uygulanacaksa fertilizasyonu sağlamak için intra sitoplazmik sperm enjeksiyonu yöntemi uygulanmaktadır. Semenden veya cerrahi yollarla elde edilen spermeler yıkanarak en kaliteli seçilmektedir. Oosidin zona pellusidasında bir delik açılarak seçilen tek bir sperm bu açılan delikten oosit sitoplazmasına yerleştirilir bu işleme İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) denir (Durgun Ozan 2009, Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Algül 2013, Yaylagül, 2017, Kaba 2018). ICSI sonrası fertilizasyon başarıları % 50-75, gebelik elde etme başarıları da %30'dur (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Yılmaz 2012, Algül 2013, Durmazoğlu 2015).

2.4.1.5. Gamet intra fallopian transferi (GİFT)

Çiftlerden alınan oosit ve spermelerin katater yardımıyla doğrudan fallop tüplerine yerleştirilmesi işlemidir. Bu YÜT'i servikal mukusta yada uterusu sperm yaşayamaması durumunda kullanılmaktadır (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Algül 2013).

2.4.1.6. Zigot intra fallopian transferi (ZİFT)

Olgun oositlerin laboratuvar ortamında fertilize olması sağlandıktan sonra fallop tüplerine transferinin gerçekleştirildiği bir yöntemdir (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009, Algül 2013).

2.5. Fertilite Uyumu

İnfertil çiftler için baş edilmesi zor bir kriz durumu olan infertilinin yarattığı sorunlara tedavi aşamasında gebeliğin elde edilememesi ya da yeni başlanacak tedavi programı öncesi çiftlerin kendini bitkin ve başarısız hissetmesi gibi yeni sorunlar eklenebilmektedir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay 2015, Yaylagülü 2017).

Bireylerin beklenmeyen olaylara karşı tepkisi farklı olmaktadır. İnfertil çiftlerinde tanı ve tedavi aşamalarına uyum düzeyleri farklıdır. Çiftlerin infertilite sorununa uyum düzeylerini etkileyen faktörler; kişilik özellikleri, bilişsel gelişim düzeyleri, sorunun ne zaman ortaya çıktığı, sorunun kişiler tarafından algılanış biçimi, kişilerin bu soruna hazır oluşluk durumu, soruna yükledikleri anlam, hissettikleri stres düzeyi, uygun olan

başa çıkma stratejilerinin seçilmesi ve çevrelerinden gördükleri destek sayılabilir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay 2015, Yaylagülü 2017).

İnfertil çiftlerin fertilité sorununa, anne baba olmak için gösterdikleri çabalara yada gebelik elde edememe ihtimallerine karşı zihinsel, davranışsal, duygusal olarak hazır olmaları ve uyum sağlamalarının infertilite tanı ve tedavi süresince gösterdikleri tutum ve davranışlarına olumlu etkisi olacaktır. Yapılan çalışmalar başarısız tedavi öyküsü olan çiftlerin uyum problemi yaşadıklarını ve kadınların uyum konusunda daha fazla sorun yaşadığına işaret etmektedir (Verhaak ve diğerleri 2005, Daniluk ve Tench 2007). Yine araştırma sonuçlarına göre psikolojik açıdan uygulanacak profesyonel girişimler fertilité sorununa, tanı ve tedavi sürecine uyumu kolaylaştırmaktadır (Domar vd 2000, Teimourpour vd 2015).

2.6. İnfertilitenin Yaşam Kalitesine Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer yargıları bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili olarak yaşam içindeki konumunu algılama şekli olarak tanımlamıştır (Maroufizadeh vd 2017). Yaşam kalitesi kavramının pek çok boyutu vardır. Belli bir süre zarfında değişiklik gösterebilir, kişinin hayattan beklentisi ve yaşam biçimiyle ilişkilidir, subjektif bir kavram olması sebebiyle ölçümü zordur (Avcı ve Pala 2004).

Fertilité sorunları insan yaşamını tehdit eden bir problem olmamasına rağmen, basit bir jinekolojik sorundan öte bireyi ve toplumu derinden etkileyen, fiziksel, kültürel ve psiko-sosyal boyutları olan bir sağlık problemidir (Kılıç vd 2011).

İnfertilite çiftin gelecekle ilgili planlarını tehdit edebilecek bir yaşam krizidir. Aile bağlarının güçlü olduğu toplumlarda infertilite sadece bireyleri değil, çiftin çevresini de etkiler. Çocuk sahibi olmanın önem taşıdığı, erkek soyadının devamlılığına büyük anlamlar yüklenen toplumlarda çiftler yetersizlik ve değersizlik duygularını yoğun olarak yaşamaktadır. Çiftin çevresinde konuya gerekli duyarlılığı göstermeyen kişilerin varlığı çifti toplumun beklentilerinden doğan sosyal baskıyla karşı karşıya getirerek içinde buldukları durumun daha ağır bir hal almasına yol açmaktadır (Pınar ve Zeyneloğlu 2014).

İnfertilite çiftler için duygusal olarak zorlu bir deneyimdir. Kadınlarda suçluluk, anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu gibi psiko-sosyal sorunlara yol açmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Carter vd 2011). Erkeklerin infertilite ve tedavisi sırasında verdikleri tepkiler ise yalnızlık, suçluluk hissi, hayal kırıklığı, öfke,

benlik saygısında azalma, utanç, kendini beceriksiz olarak görme ve özgüven eksikliğidir (Kızılkaya Beji vd 2012).

İnfertilite problemi yaşayan çiftlerde sorumluluk daha çok kadına yüklenmektedir. Bu durum kadının yaşam kalitesini azaltmakta, işinden ayrılmasına, kariyer planlarından vazgeçmesine hatta günlük aktivitelerinden uzaklaşmasına sebep olmaktadır (Zeren ve Gürsoy 2019).

Pınar ve Zeyneloğlu'nun (2014) yaptıkları çalışma sonucunda infertilite problemi olan bireylerin kontrol grubuna göre yaşadıkları depresyon ve anksiyete düzeyinin daha fazla olduğu; yaşam kalitelerinin de olumsuz olarak etkilendiği gözlemlenmiştir.

Monga ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada; infertil kadınların kontrol grubuna göre evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, erkeklerde ise kadınların yumurtlama döngüsüne göre gerçekleşen cinsel ilişkinin zorunlu zamanlaması nedeniyle cinsel doyumda azalma yaşadıkları belirlenmiştir.

Bolsoy ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, çekirdek aile yapısına sahip olan çiftlerin yaşam kalitesinin, geniş aile yapısına sahip olanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

İran' da IVF tedavisi alan çiftlerin yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada kadınların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Ayrıca genç yaşta olmanın, kadın cinsiyete sahip olmanın ve eğitim seviyesinin düşük olmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, infertilite süresinin, önceden infertilite tedavisi alma durumunun ya da infertilite nedenlerinin yaşam kalitesine herhangi bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (Rashidi vd 2008).

Zurlo ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada yüksek eğitim seviyesi ve sosyal destek kadınlarda, problem çözme ve başa çıkma stratejileri erkeklerde, olumlu tutum, kaçınma/ uzaklaştırma gibi başa çıkma stratejileri ve çiftin uyumluluğu hem erkek hem de kadınlarda yaşam kalitesi ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilemektedir.

İnfertil çiftlerde yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada infertilite süresinin kısa olması ve infertilitenin erkek kaynaklı olması yaşam kalitesine olumlu etki ederken, düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi ve önceki başarısız tedaviler yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Namavar Jahromi vd 2018).

Yaşam kalitesine etki eden faktörler incelendiğinde; primer infertilite, kadın kaynaklı infertilite, öncesinde başarısız IVF deneyimi yaşama, eğitim seviyesinin düşük olması, düşük gelir düzeyi, ileri yaş, infertilite süresinin uzun olması, geniş aile yapısına ve kadın cinsiyete sahip olmanın yaşam kalitesine olumsuz etki ettiği görülmüştür (Teskereci 2010).

2.7. İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı

İçinde yaşadığımız toplumda evlenen çiftlerin hepsinden çocuk sahibi olmaları beklenmektedir. Çocuk sahibi olamayan çiftlerde bu beklenti mutsuzluk yaratmaktadır. İnfertilite çiftlerin sosyal hayatlarına, duygu durumlarına, cinsel fonksiyonlarına, yaşamdan beklentilerine, evlilik hayatlarına ve beden imajlarına olumsuz etki ederek, çiftlerde başarısızlık, yetersizlik gibi duyguları ortaya çıkaran bir kriz durumudur (Aydın ve Kızılkaya Beji 2013).

Çiftler de infertilite haberini almak anksiyete, stres ve depresyon gibi psikolojik sorunlar meydana getirerek yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. İnfertil kadınlara tedavi esnasında uygulanan hormonlar ve yapılan girişimler kadının biyolojik ve psikolojik olarak bazı sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır (Kızılkaya Beji ve Kaya 2011).

Erkek kaynaklı infertilite durumlarında bile uygulanacak işlemlerin kadın vücudunda yapılması kadında ek bir baskı faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadın gebe kalıp kalamamaktan kendini sorumlu tutar ve eşine oranla daha fazla stres yaşar (Koçak ve Büyükkayacı Duman 2016).

İçinde yaşadığımız toplumda kadının aile içinde ve toplumda statü kazanması ve değer görmesi çocuk doğurmasına bağlıdır. Bu nedenle infertil kadınlar başarısız tedavi sonuçlarından kendini sorumlu tutarak suçluluk duymakta, kendisini yetersiz, başarısız ve çaresiz görmektedir. Fertilitate problemleri nedeniyle toplum tarafından kadına yapılan baskı, infertil kadınların evliliklerini tehlikeye sokmakta, bazı bölgelerde kadınlar ikinci eşi kabul etmek durumunda kalmaktadır (Sezgin ve Hoccoğlu 2013, Keskin ve Babacan Gümüş 2014, Şen vd 2014).

İnfertil çiftlerle en çok aynı ortamda bulunan sağlık personeli hemşirelerdir. Bu sebeple hemşireler infertil çiftlere gerekli bakımın sunulmasında önemli bir göreve sahiptir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay 2015). İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin infertil çiftlere tıbbi bakım vermenin yanı sıra, danışmanlık yapma, eğitim verme, psikolojik destek sağlama, hasta haklarını savunma, araştırma yapma gibi rolleri de bulunmaktadır (Koyun vd 2011). İnfertil çiftlere danışmanlık hizmeti sunma hemşirelik en önemli görevlerindedir (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). İnfertil çiftlere hemşireler tarafından verilen danışmanlık hizmeti tedavinin başarı oranını arttırması ve eşler arası iletişime olan katkısı yönüyle önem arz etmektedir (Koçak ve Büyükkayacı Duman 2016).

İnfertilite alanında çalışan hemşireler infertil çiftlere bakım verirken bütüncül yaklaşımda bulunmakta ve kanıta dayalı bakım sunmaktadır. İnfertil çiftlere verilen

eğitimler çiftlerin yapılacak testler ve tedavi yöntemleri gibi konularda bilgi edinmesine yardımcı olmakta, bu durumda çiftlerin anksiyete ve stres düzeylerini azaltmakta, yaşam kalitesine olumlu etki etmektedir (Partovi Meran ve Kızılkaya Beji 2016, Kaba 2018)

2.8. Hipotezler

H₁: Primer infertil kadınlarda fertilitte uyumu arttıkça, yaşam kalitesi artar.

H₂: Primer infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri fertilitte uyumunu etkiler.

H₃: Primer infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri yaşam kalitesini etkiler.

H₄: Primer infertil kadınların infertilite öyküleri fertilitte uyumunu etkiler.

H₅: Primer infertil kadınların infertilite öyküleri yaşam kalitesini etkiler.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Primer infertil kadınlarda fertilitte uyumunun yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bu çalışma, analitik kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ekim 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında Denizli Devlet Hastanesi İnfertilite Merkezi'nde yürütülmüştür. Merkezde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanı, perinataloji uzmanı ve infertilite hemşiresi çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Denizli Devlet Hastanesi İnfertilite Merkezi'nde primer infertilite tanısı almış ve tedavisi devam eden 600 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme ise, evreni bilinen durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak hesaplanmış, %95 güven aralığı, %5 hata ve % 15 görülme sıklığı ile 161 primer infertil kadın olarak belirlenmiştir (WHO, 2010). Araştırmaya basit rastgele örneklem tekniğiyle seçilen 200 primer infertil kadın dahil edilmiş olup araştırmanın dışlanma kriterlerinden dolayı 174 primer infertil kadınla tamamlanmıştır.

Referans olarak yapacağımız çalışmaya benzer bir çalışma olmadığından beklentiler ve literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda yapılan güç analizinde; incelenecek değişkenler arasındaki ilişkinin etki büyüklüğünün zayıf düzeyde ($r=0.2$) olabileceği varsayılarak, çalışmaya en az 150 kişi alındığında %95 güven düzeyinde %80 güç elde edilebileceği hesaplanmıştır. Çalışmamıza 174 kişi dahil edilmiştir. Bu

kişilerden elde edilen fertilitite uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki düzeyi incelendiğinde, çalışmamızda elde ettiğimiz etki büyüklüğünün oldukça kuvvetli olduğu ($r=-0.702$) görülmüştür. Bu etki büyüklüğü düzeyi için çalışmamızın %95 güven düzeyinde %100 güce ulaştığı hesaplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, primer infertilite tanısı almış, tedavisi devam eden, infertil kadınların, sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için bir kişisel bilgi formu ve bağımlı değişkenleri ölçmede kullanılacak ölçüm araçları bulunmaktadır.

1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-2)
2. Fertilitite Uyum Ölçeği (Ek-3)
3. FertiQoL (Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği) (Ek-4)

3.4.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmaya dahil edilen primer infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri ve infertiliteye özgü verilerini elde etmek amacıyla konuyla ilgili, araştırmacı tarafından belirlenen, 16 sorudan oluşan bir formdur. Sorular katılımcının yaşını, eğitim durumunu, çalışıp çalışmadığını, sosyal güvencesini, yaşadığı yeri, evlilik biçimini, aile tipini, evlilik yılını, tanı yılını, infertilite nedenini, aldığı infertilite tedavisini, infertilite nedeniyle eşinin tutumunda değişiklik olup olmadığını, eşinin ailesinden tepki görüp görmediğini, psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymadığını, destek ihtiyacının kim tarafından karşılandığını sorgulamaktadır.

3.4.2. Fertilitite uyum ölçeği [Fertility Adjustment Scale (FUO)]

Fertilitite Uyum Ölçeği, Glover ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen bireylerin fertilitite problemine ve tedavi sonuçlarına verdikleri psikolojik tepkileri değerlendirmek amacıyla hazırlanmış, fertilitite problemi olan bireylere özgü uyum ölçeğidir. Ölçeğin kısa ve anlaşılabilir olması, bireylerin fertilitite problemlerine ve tedavi sonuçlarına psikolojik uyum düzeylerini değerlendirmesi yönüyle önemli bir ölçektir (Bilgiç vd 2016).

Fertilitite Uyum Ölçeği 6'lı likert tipi bir ölçek olup, 12 maddeden oluşmaktadır. Sorular 1-6 puan arasında puanlanmakta, ölçekteki olumlu ifadeler ters

kodlanmaktadır. Ölçekten alınacak minimum puan 12, maksimum puan 72'dir. Ölçekten alınan yüksek puan kötü ya da zayıf fertilitate uyumunu ifade eder (Tiyuri vd 2018).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilgiç ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin birinci ve ikinci maddeleri çıkarılmış, ölçek 10 maddeli son halini almıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını Bilgiç ve arkadaşları (2016) 0.63 bulurken, Arslan ve Okumuş 0.81 bulmuştur. Glover ve arkadaşları (1999) ölçeğin orijinalinde 0.85 olarak hesaplamıştır (Arslan ve Okumuş 2016). Bu çalışma sonucunda ise 0.81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kullanım izni mail yoluyla alınmıştır (Ek-7).

3.4.3. FertiQoL (Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği)

FertiQoL, fertilitate sorunu olan, farklı kültür yapısına sahip kadın ve erkeklerin fertilitate sorunlarının ve aldıkları tedavilerin yaşam kalitelerine etkisini ölçmek amacıyla Boivin ve arkadaşları (2011) tarafından İngilizce olarak geliştirilmiştir. Aynı ekip tarafından Cardiff Üniversitesi'nde Türkçe' de dahil olmak üzere 20 dile çevrilmiştir. FertiQoL, uluslararası geçerliliğe sahip ilk ölçek olma özelliğini taşımaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çetinbaş ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır (Koca Çavdar 2017, Yaylagülü 2017, Sünger 2018).

FertiQoL ölçeği iki ana bölümden oluşmaktadır. Bunlar; çekirdek ve tedavi modülleridir. Çekirdek modülü Duygusal (6 madde), Zihin-beden (6 madde), İlişkisel (6 madde) ve Sosyal (6 madde) alanları kapsayan altı alt boyut ve 24 sorudan oluşur. Tedavi modülünde ise Çevre (6 madde) ve Tolere edilebilirlik (4 madde) alanlarının bulunduğu iki alt boyut ve 10 madde yer almaktadır. Ölçekte bulunan iki ek madde de (A ve B olarak adlandırılmıştır) kişinin sağlık durumunu ve yaşamından genel olarak memnuniyetini değerlendirmektedir (Karabulut vd 2013).

FertiQoL, 5'li likert tipi bir ölçek olup, cevaplar 0-4 puan arasında değişiklik göstermektedir. Ölçekte ters puanlanan sorular vardır. Ölçeğin tüm modül ve alt boyutlarından alınan toplam puanı minimum 0, maksimum 100'dür. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek yaşam kalitesine işaret eder. Boivin ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,72 ve 0,92 aralığında bulurken, Çetinbaş ve arkadaşları (2014) çalışmalarında 0.90 olarak hesaplamıştır (Koca Çavdar 2017). Bu çalışma sonucunda ise 0.94 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması ve Süresi

Araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmmanın amacı, gizlilik koşulları, kişisel bilgi formu ve kullanılan ölçekler hakkında bilgi verilmiş, “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” ile onamları alınmıştır (Ek-1). Kadınlar infertilite merkezi içinde bulunan mahremiyetin sağlanabileceği bir odada, yüz yüze görüşme tekniğiyle bilgilendirilmiş, onam formları doldurulmuştur. Ölçekler kendini bildirim ölçeği olduğundan veri toplama formlarının tamamı kadınlar tarafından işaretlenerek doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Zaman kısıtlaması nedeniyle araştırmaya Denizli ilindeki tüm tüp bebek merkezleri dahil edilmemiş, araştırma yalnızca tek bir infertilite merkezinde yürütülmüştür. Bu durum araştırma sonuçlarının genellenebilirliği açısından sınırlılık yaratmaktadır. Ayrıca ölçeklerin kendini bildirim ölçeği olması, verilerin gözlem yoluyla toplanmaması nedeniyle veriler sadece kadınların verdikleri cevaplarla sınırlıdır.

3.6.1. Araştırma kapsamına alınma ve dışlanma kriterleri

Araştırmaya infertilite tedavisi gören, primer infertilite tanısı almış, araştırmaya katılmaya gönüllü ve Türkçe okuyup anlayabilen kadınlar dahil edilmiştir. 18 yaşından küçük olanlar, soruları yanıtlayamayacak şekilde mental bozukluğu olanlar ve veri toplama formlarını tam olarak doldurmayan kadınlar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.6.2. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Fertilite uyumu ve yaşam kalitesi

Bağımsız değişkenler: Primer infertil kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, en uzun yaşadıkları yer, evlilik biçimi, aile tipi, evlilik yılı, tanı yılı, infertilite nedeni, aldıkları infertilite tedavisi, eş tutumundaki değişim, eşin ailesinden tepki görme, psikolojik destek ihtiyacı ve destek olan kişi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yürütülmesi için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.06.2018 tarih ve 13 sayılı etik kurul izni alınmıştır (Ek-5). Ayrıca Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (Ek-6) alınmıştır.

3.8. Verilerin Analiz

Veriler SPSS 25.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, ortanca (en küçük – en büyük değerler) ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelenmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Süresi

Tablo 3.9.1 Araştırmanın zaman çizelgesi

Zaman çizelgesi:		
Başlıca Aşamalar	Ayrıntılı Bilgi	Zamanlama (Ör: 1.-3. ay)
Hazırlık Aşaması	Yapılacak olan tezin planlanması, literatür tarama	Eylül 2018- Ekim 2018 (1. ay)
Verilerin Toplaması	Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan infertil kadınlardan veri toplama araçları aracılığıyla verilerin toplanması	Ekim 2018- Mayıs 2019 (2.-7. ay)
Verilerin Analizi	Önceden belirlenen analiz yöntemleriyle istatistiksel analizlerin yapılması	Mayıs 2019- Temmuz 2019 (8.-10.ay)
Araştırma Raporunun Yazımı	Literatür tarama ve tezin yazım aşaması	Temmuz 2019- Kasım 2019 (11.-12. ay)

4. BULGULAR

Primer infertil kadınların fertilité uyumunun yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular 5 bölümde icelenmiştir.

4.1. Primer infertil kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Primer infertil kadınların infertilite öykülerine ilişkin bulgular

4.3. Primer infertil kadınların FÜO ve FertiQoL ölçeği puan ortalamaları

4.4. Primer infertil kadınların FÜO ve FertiQoL ölçeğinden aldıkları puanlar ve bu puanlarla tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular

4.5. Primer infertil kadınların FÜO ve FertiQoL ölçeğinden aldıkları puanlarla infertilite öyküsü arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular

4.6. FÜO ile FertiQoL Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular

4.1. Primer İnfertil Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1 Primer infertil kadınlarda sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

	A.O \pm S.S	Med (en az- en çok)
Yaş Ortalaması (Yıl)	29,42 \pm 4,26	29 (19 - 40)
Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim Durumu		
İlkokul	8	4,6
Ortaokul	50	28,7
Lise	82	47,1
Üniversite	34	19,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	93	53,5
Çalışmıyor	81	46,5
Sosyal Güvencesi		
Yok	0	0
Var	174	100
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	25	14,4
Gelir Gidere Denk	118	67,8
Gelir Giderden Fazla	31	17,8
En Uzun Süre Yaşadığı Yer		
Köy	17	9,8
Kasaba	23	13,2
İlçe	57	32,8
Şehir	77	44,3
Evlilik Biçimi		
Görücü Usulü/ İstemeden	10	5,7
Görücü Usulü/ İsteyerek	56	32,2
Tanışarak/ Flört Ederek	108	62,1
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	148	85,1
Eşin Ailesiyle Yaşama	22	12,6
Kendi Ailesiyle Yaşama	4	2,3
Evlilik Yılı		
1-5 yıl	73	42
6-10 yıl	71	40,8
11 yıl ve üzeri	30	17,2
TOPLAM	174	100

A.O: Aritmetik Ortalama
Med:Ortanca

S.S:Standart Sapma
Min - maks: En az - en çok

Tablo 4.1.1' de primer infertil kadınların sosyo- demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan primer infertil kadınların yaş ortalamasının $29,42 \pm 4,26$ yıl olduğu saptanmıştır. Eğitim durumları incelendiğinde, % 47,1 ile lise mezunlarının en yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 53,5' i çalıştığını belirtirken, gelir durumlarına bakıldığında % 67,8' inin gelirin giderine denk olduğu saptanmıştır. En uzun süre yaşadıkları yerler incelendiğinde ise % 44,3 'ünün şehirde, yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların % 62,1' inin tanışarak evlendiği, % 85,1' inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Evlilik yılları incelendiğinde % 42' sinin evlilik yılının 1-5 yıl olduğu, % 40,8' nin de 6-10 yıl olduğu belirlenmiştir.



4.2. Primer İnfertil Kadınların İnfertilite Öykülerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1 Primer infertil kadınların infertilite öyküsüne göre dağılımı

	A.O ± S.S	Med (en az- en çok)
Tanı Yılı Ortalaması	6,14 ± 3,56	5 (1 - 17)
Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
İnfertilite Nedeni		
Kadın Faktörü	92	52,9
Erkek Faktörü	21	12,1
Açıklanamayan Faktör	43	24,7
Kombine Faktör	18	10,3
İnfertilite Tedavisi		
Aşılama		
Hormon	53	30,5
Aşılama+Hormon	19	10,9
Aşılama+Hormon+Tüp Bebek	66	37,9
Aşılama+Varikosel	24	13,8
	12	6,9
Eş Tutumunda Değişim		
Yok	164	94,3
Var	10	5,7
Eşin Ailesinden Tepki Görme		
Yok	150	86,2
Var	24	13,8
Psikolojik Destek İhtiyacı		
Yok	118	67,8
Var	56	32,2
Destek Olan Kişi		
Doktor	7	12,5
Eş	37	66,1
Aile (anne- baba)	12	21,4
TOPLAM	174	100

A.O: Aritmetik Ortalama
Med:Ortanca

S.S: Standart Sapma
Min - maks: En az - en çok

Tablo 4.2.1' de primer infertil kadınların infertilite öyküsüne göre dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan primer infertil kadınların tanı yılı ortalamasının $6,14 \pm 3,56$ yıl olduğu saptanmıştır. İnfertilite nedeni incelendiğinde ise % 52,9' unda kadın faktörünün, % 24,7' sinde açıklanamayan faktörün, % 12,1' inde erkek faktörünün, % 10,3' ünde de kombine faktörün etkili olduğu görülmüştür. Kadınların % 37,9' unun aşılama, hormon ve tüp bebek tedavisini aldığı, % 30,5' inin ise yalnızca aşılama tedavisi aldığı saptanmıştır.

Kadınların % 5,7' si infertilite nedeniyle eşinin tutumunda değişiklik olduğunu, % 13,8' i eşinin ailesinden tepki gördüğünü, % 32,2' si psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların % 66,1' i eşinden, % 21,4' ü ailesinden, % 12,5' i doktorundan destek aldığını ifade etmiştir.

4.3. Primer İnfertil Kadınların FUO ve FertiQoL Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 4.3.1 Primer infertil kadınların FUO ve FertiQoL ölçeği puan ortalamaları

	A.O \pm S.S	Med (en az- en çok)
FUÖ PUAN ORTALAMASI	35,32 \pm 7,63	35 (16 - 53)
FERTİQOL ÇEKİRDEK MODÜLÜ	57,7 \pm 17,13	58,85 (13,54 – 91,67)
Duygusal Alt Boyut	50,45 \pm 18,73	50 (4,17 – 83,33)
Zihin-Beden Alt Boyut	59,77 \pm 16,39	58,33 (16,67 - 100)
İlişkisel Alt Boyut	61,28 \pm 23,96	62,5 (4,17 - 100)
Sosyal Alt Boyut	59,32 \pm 20,15	62,5 (12,5 – 95,83)
FERTİQOL TEDAVİ MODÜLÜ	60,07 \pm 14,44	60 (22,5 - 90)
Tedavi Çevresi Alt Boyut	62,38 \pm 15,59	62,5 (20,83 – 91,67)
Tedavi Tolerasyonu Alt Boyut	56,61 \pm 17,13	56,25 (0 – 93,75)
FERTİQOL TOPLAM	58,4 \pm 15,15	60,29 (16,18 – 89,71)

A.O: Aritmetik Ortalama
Med:Ortanca

S.S: Standart Sapma
Min - maks: En az - en çok

Tablo 4.3.1'de primer infertil kadınların FUI ve FertiQoL ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Çalışmaya katılan primer infertil kadınların FUI puan ortalaması $35,32 \pm 7,63$, FertiQoL toplam puan ortalaması $58,4 \pm 15,15$ ' tür. Çekirdek Modülü toplam puan ortalaması $57,7 \pm 17,13$, Duygusal alt boyut puan ortalaması $50,45 \pm 18,73$, Zihin-Beden alt boyut puan ortalaması $59,77 \pm 16,39$, İlişkisel alt boyut puan ortalaması $61,28 \pm 23,96$ ve Sosyal alt boyut puan ortalaması $59,32 \pm 20,15$ ' tir. Tedavi Modülü toplam puan ortalaması $60,07 \pm 14,44$, Tedavi Çevresi alt boyut puan ortalaması $62,38 \pm 15,59$, Tedavi Tolerasyonu alt boyut puan ortalaması $56,61 \pm 17,13$ ' tür.



4.4. Primer İnfertil Kadınların FÜO ve FertiQoL Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Bu Puanlarla Tanıtıcı Özellikler Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular

	FÜO TOPLAM	ÇEKİRDEK MODÜL TOPLAM	Duygusal	Zihin-Beden	İlişkisel	Sosyal	TEDAVİ MODÜLÜ TOPLAM	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu	FERTİQOL TOPLAM
	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
Yaş										
18-29 yaş	35,89 ±7,12	59,76±16,54	50,09±18,38	61,08±16,84	65,8 ± 22,36	62,09±20,09	61,32±12,86	64,06±13,94	57,21 ±15,97	60,22 ±14,07
30 yaş ve üzeri	34,7 ± 8,15	55,45±17,59	50,85±19,21	58,33±15,86	56,33±24,81	56,28±19,89	58,7 ± 15,97	60,54±17,12	55,95 ±18,39	56,41 ±16,11
p değeri / Z, F değeri	0,229 (Z=-1,202)	0,512 (F=0,431)	0,802 (Z=-0,251)	0,240 (Z= -1,174)	0,009* (Z=-2,611)	0,060 (Z=-1,880)	0,393 (Z=-0,854)	0,054 (F=3,762)	0,771 (Z=-0,291)	0,174 (F=1,861)
Eğitim Durumu	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
İlkokul (1)	34,5 ± 8,32	58,59±17,76	53,65±22,98	63,02±19,72	59,38±27,16	58,33±18,23	61,56±14,94	62,5 ± 14,43	60,16 ±17,66	59,47 ±16,32
Ortaokul (2)	38,62 ±5,78	50,35±13,98	43,92±16,59	54,92±14,62	52,75±20,39	49,83±19,12	58,45±15,30	61,17±17,22	54,38 ±16,13	52,74 ±13,22
Lise (3)	35,8 ± 7,20	57,25±17,15	49,64±18,25	59,15±15,57	61,48±25,12	58,74±18,88	59,42±14,67	62,14±16,60	55,34 ±16,23	57,89 ±15,15
Üniversite (4)	29,5 ± 7,82	69,39±15,38	61,27±17,66	67,65±17,62	73,77±20,40	74,88±15,91	63,68±12,30	64,71±10,27	62,13 ±19,82	67,71 ±13,60
p değeri / χ² değeri	0,0001* (χ ² =31,32)	0,0001* (χ ² =26,482)	0,0001* (χ ² =19,528)	0,002* (χ ² =14,692)	0,0001* (χ ² =21,383)	0,0001* (χ ² =32,245)	0,289 (χ ² =3,758)	0,838 (χ ² =0,846)	0,03* (χ ² =8,936)	0,0001* (χ ² =21,507)
Çoklu Karşılaştırma	(4-3, 4-2)	(2-4, 3-4)	(2-4, 3-4)	(2-4, 3-4)	(2-3, 2-4)	(2-4, 3-4)			(2-4, 3-4)	(2-4, 3-4)

(Devamı arkada)

Tablo 4.4.1 Primer infertil kadınların sosyo-demografik özelliklerinin FÜO ve FertiQoL alt boyut puan ortalamalarına etkisinin incelenmesi

	FÜO TOPLAM	ÇEKİRDEK MODÜL TOPLAM	Duygusal	Zihin-Beden	İlişkisel	Sosyal	TEDAVİ MODÜLÜ TOPLAM	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu	FERTİQOL TOPLAM
	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	34,23±8,25	59,52±17,17	52,46±18,42	60,93±16,77	63,53±24,80	61,16±19,26	61,26±13,87	64,16±14,69	56,92 ±17,10	60,03 ±14,89
Çalışmıyor	36,58±6,67	55,62 ± 6,96	48,15±18,93	58,44±15,95	58,69±22,84	57,2 ± 21,04	58,7 ± 15,05	60,34±16,42	56,25 ±17,26	56,53 ±15,33
p değeri / Z, F değeri	0,026* (Z=-2,233)	0,953 (F=0,003)	0,154 (Z=-1,427)	0,797 (F=0,066)	0,088 (Z=-1,707)	0,222 (Z=-1,221)	0,309 (F=1,042)	0,108 (Z=-1,606)	0,702 (Z=-0,383)	0,129 (Z=-1,516)
Gelir Durumu										
Gelir Giderden Az (1)	38,48±6,04	47,04±17,22	39,17±18,56	52,83±15,15	48,33±25,77	47,83±20,84	55,2 ± 16,09	59,5 ± 16,99	48,75 ± 17,4	49,44 ± 15,51
Gelir Gidere Denk (2)	36,23±7,54	56,24±15,49	49,68±17,83	58,3 ± 16,03	59,04±22,56	57,94±18,56	58,86±13,96	61,16 ±15,48	55,4 ± 17,06	57,01 ± 13,71
Gelir Giderden Fazla (3)	29,32±5,99	71,88±14,48	62,5 ± 15,81	70,97±13,63	80,24±16,28	73,79±17,78	68,63±11,62	69,35 ±13,16	67,54 ±11,57	70,92 ± 12,72
p değeri / F, χ² değeri	0,0001* (F=14,540)	0,0001* (F=19,216)	0,0001* (χ ² =22,522)	0,0001* (F=11,111)	0,0001* (χ ² =29,844)	0,0001* (χ ² =24,445)	0,0001* (χ ² =14,263)	0,022* (χ ² =7,614)	0,0001* (χ ² =20,573)	0,0001* (χ ² =30,445)
Çoklu Karşılaştırma	(1-3, 2-3)	(1-2, 1-3, 2-3)	(1-2, 1-3, 2-3)	(1-3, 2-3)	(1-3, 2-3)	(1-3, 2-3)	(1-3, 2-3)	(2-3)	(1-3, 2-3)	(1-3, 2-3)

(Devamı arkada)

Tablo 4.4.1 Primer infertil kadınların sosyo-demografik özelliklerinin FÜO ve FertiQoL alt boyut puan ortalamalarına etkisinin incelenmesi

	FÜO TOPLAM	ÇEKİRDEK MODÜL TOPLAM	Duygusal	Zihin-Beden	İlişkisel	Sosyal	TEDAVİ MODÜLÜ TOPLAM	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu	FERTİQOL TOPLAM
En Uzun Yaşanan Yer	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
Köy (1)	39,47±6,87	48,16 ± 17,1	37,5 ± 16,93	54,66±20,19	56,86±28,14	43,63±18,76	55 ± 16,93	56,37±17,25	52,94 ±18,37	50,17 ±15,57
Kasaba (2)	40,48±5,74	44,75±12,92	39,67±13,75	50,72±12,03	44,75±22,16	43,84±17,45	51,52±15,64	54,17±18,07	47,55 ±16,07	46,74 ±12,61
İlçe (3)	35,37±7,09	57,58±15,75	50,22±18,14	59,87±15,78	60,45±21,84	59,8 ± 18,29	59,96±13,23	62,72±14,68	55,81 ±16,91	58,28 ±13,97
Şehir (4)	32,83 ± 7,6	63,77±16,34	56,71±18,14	63,53±15,98	67,8 ± 22,72	67,05±18,09	63,83±13,13	65,91±14,01	60,71 ±16,31	63,79 ± 14
p değeri / F, χ^2 değeri	0,0001* (F=9,024)	0,0001* (F=10,983)	0,0001* (χ^2 =25,480)	0,005* (F=4,493)	0,0001* (χ^2 =19,224)	0,0001* (χ^2 =33,945)	0,002* (χ^2 =14,579)	0,004* (F=4,557)	0,006* (χ^2 =12,390)	0,0001* (F=11,117)
Çoklu Karşılaştırma	(1-4, 2-3, 2-4)	(1-4, 2-3, 2-4)	(1-4, 2-4)	(2-4)	(2-4)	(2-3, 2-4, 1-3, 1-4)	(2-4)	(2-4)	(2-4)	(1-4, 2-3, 2-4)
Evlilik Biçimi	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
Görücü Usulü/ İstemedenden (1)	42,8 ± 5,45	28,13 ± 9,41	27,08 ± 9,87	40 ± 10,05	15 ± 15,61	30,42 ± 10,4	42,75±13,82	47,92±15,74	35 ± 13,88	32,43 ±10,11
Görücü Usulü/ İsteyerek (2)	35,5 ± 6,65	54,32±16,29	48,36±18,83	57,51±15,92	56,77±21,27	54,61±19,83	57,5 ± 16,45	59,08±18,43	55,13 ±17,28	55,25 ± 5,54
Tanışarak/ Flört Ederek (3)	34,54 ±7,93	62,2 ± 14,92	53,7 ± 17,69	62,77±15,73	67,9 ± 20,5	64,43±18,14	63,01±11,91	65,43±12,77	59,38 ±15,88	62,44 ±12,41
p değeri / χ^2, F değeri	0,004* (χ^2 =11,118)	0,0001* (F=25,242)	0,0001* (χ^2 =19,047)	0,0001* (F=10,689)	0,0001* (χ^2 =33,740)	0,0001* (χ^2 =28,099)	0,0001* (F=11,572)	0,002* (χ^2 =12,035)	0,0001* (χ^2 =18,146)	0,0001* (F=25,272)
Çoklu Karşılaştırma	(3-1, 2-1)	(1-2, 1-3, 2-3)	(1-2, 1-3)	(1-2, 1-3)	(1-2, 1-3, 2-3)	(1-2, 1-3, 2-3)	(1-2, 1-3, 2-3)	(1-3)	(1-2, 1-3)	(1-2, 1-3, 2-3)

(Devamı arkada)

Tablo 4.4.1 Primer infertil kadınların sosyo-demografik özelliklerinin FÜO ve FertiQoL alt boyut puan ortalamalarına etkisinin incelenmesi

	FÜO TOPLAM	ÇEKİRDEK MODÜL TOPLAM	Duygusal	Zihin-Beden	İlişkisel	Sosyal	TEDAVİ MODÜLÜ TOPLAM	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu	FERTİQOL TOPLAM
Aile Tipi	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
Çekirdek Aile	34,61 ±7,53	58,95±16,37	51,49±18,06	60,33±16,07	63,43±22,85	60,53±19,73	61,06±14,02	63,2 ± 15,14	57,85 ±16,96	59,57 ±14,45
Eşin Ailesiyle Yaşama	40,14 ±6,74	48,63±19,58	44,51±20,51	55,3 ± 17,16	44,89±26,51	49,81±20,06	55,45±16,31	58,52 ± 18,3	50,85 ±17,07	50,64 ±17,87
p değeri / Z, F değeri	0,002* (Z=-3,056)	0,163 (F=1,960)	0,116 (Z=-1,573)	0,690 (F=0,160)	0,001* (Z=-3,225)	0,019* (Z=-2,349)	0,083 (Z=-1,735)	0,232 (Z=-1,195)	0,048* (Z=-1,979)	0,122 (F=2,411)
Evlilik Yılı	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
1-5 yıl (1)	34,77 ±7,34	62,84±16,04	52,85±18,38	63,87±17,17	68,78±20,93	65,87±19,65	62,67 ± 12,5	64,73±13,66	59,59 ±16,11	62,79 ±13,39
6-10 yıl (2)	36,62 ±7,75	53,96±15,48	47,48±17,52	56,98±14,24	56,57±23,08	54,81±18,23	58,66±14,35	61,56±15,59	54,31 ±16,69	55,34 ±14,03
11 ve üzeri (3)	33,6 ± 7,75	54,06±20,48	51,67±21,82	56,39±17,57	54,17±28,37	54,03±21,79	57,08±18,12	58,61±19,23	54,79 ±19,88	54,95 ±19,12
p değeri / χ^2, F değeri	0,069 (χ^2 =5.341)	0,007* (χ^2 =10.017)	0,156 (χ^2 =3.714)	0,018* (F=4.089)	0,002* (χ^2 =12.823)	0,001* (χ^2 =13.964)	0,280 (χ^2 =2.548)	0,306 (χ^2 =2.370)	0,196 (χ^2 =3.258)	0,011* (χ^2 =8.978)
Çoklu Karşılaştırma		(2-1)		(1-2)	(3-1, 2-1)	(2-1, 3-1)				(2-1)

A.O: Aritmetik Ortalama

* P ≤ 0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık

S.S:Standart Sapma

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

 χ^2 : Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.4.1’de primer infertil kadınların FUIO puan ortalaması ve FertiQoL ölçeği toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Çalışmaya katılan primer infertil kadınların yaşı ile FUIO toplam puanı, Çekirdek Modülü toplam puanı, Duygusal, Zihin-Beden, Sosyal alt boyutlarının puanı, Tedavi Modülü toplam puanı, Tedavi Çevresi, Tedavi Tolerasyonu alt boyutlarının puanı ve FertiQoL toplam puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yaş ile yaşam kalitesinin İlişkisel alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yaş grupları açısından analiz edildiğinde ise; 18-29 yaş grubu primer infertil kadınların ilişkisel alt boyut puanları, 30 yaş ve üstü kadınlara göre daha yüksektir.

Primer infertil kadınların eğitim durumları ile FUIO toplam puanları arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Üniversite mezunu olan kadınların fertilitte uyum düzeyinin lise mezunu olan kadınlardan daha yüksek olduğu, aynı şekilde üniversite mezunu olan kadınların fertilitte uyum düzeyinin ortaokul mezunu kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Eğitim durumu ile Çekirdek Modülü toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Ortaokul mezunu kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu, lise mezunu olan kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Eğitim durumu ile Duygusal alt boyut arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Ortaokul mezunu kadınların Duygusal alt boyut puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu, lise mezunu olan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumu ile Zihin-Beden alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ortaokul mezunu kadınların Zihin-Beden alt boyutu puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu, lise mezunu olan kadınların Zihin-Beden alt boyutu puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumu ile İlişkisel alt boyut arasındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Ortaokul mezunu kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının lise mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu, ortaokul mezunu kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumu ile Sosyal alt boyut arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Ortaokul mezunu kadınların Sosyal alt boyut puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu, lise mezunu olan kadınların Sosyal alt boyut puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Eğitim durumu ile Tedavi Modülü toplam puanı ve Tedavi Çevresi alt boyut puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$). Eğitim durumu ile Tedavi Tolerasyonu alt boyutu arasındaki ilişkinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Anlamlı ilişkinin hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında ise; ortaokul mezunu kadınların Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu, lise mezunu olan kadınların Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanlarının üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Eğitim durumu ile FertiQoL toplam puanı arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p < 0,001$). Ortaokul mezunu kadınların yaşam kalitesi düzeyinin üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu, lise mezunu olan kadınların yaşam kalitesi düzeyinin üniversite mezunu olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmiştir.

Primer İnfertil kadınların çalışma durumu ile FÜO toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmiştir ($p < 0,05$). alışan kadınların fertilitte uyum düzeylerinin çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Çalışma durumu ile ekirdek Modülü toplam puanı, Duygusal, Zihin-Beden, Sosyal, İlişkisel alt boyutlarının puanı, Tedavi Modülü toplam puanı, Tedavi Çevresi, Tedavi Tolerasyonu alt boyutlarının puanı ve FertiQoL toplam puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların gelir durumu ile FÜO toplam puanı, arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmiştir ($p < 0,001$). Geliri giderinden fazla olan kadınların fertilitte uyum düzeylerinin geliri giderinden az olan ve geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmiştir.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların gelir durumu ile ekirdek Modülü toplam puanı, arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p < 0,001$). Geliri giderinden az olan kadınların ekirdek Modülü toplam puanlarının geliri giderine denk olan kadınlardan ve geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmiştir. Geliri giderine denk olan kadınların ekirdek Modülü toplam puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların gelir durumu ile Duygusal alt boyut arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Geliri giderinden az olan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının geliri giderine denk olan kadınlardan ve geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Geliri giderine denk olan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların gelir durumu ile Zihin-Beden alt boyutu, arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Geliri giderinden fazla olan kadınların Zihin-Beden alt boyut puanlarının geliri giderinden az olan ve geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınların gelir durumu ile İlişkisel alt boyut arasındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Geliri giderinden az olan kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Geliri giderine denk olan kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların gelir durumu ile Sosyal alt boyut arasındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Geliri giderinden az olan kadınların Sosyal alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Geliri giderine denk olan kadınların Sosyal alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların gelir durumu ile Tedavi Modülü toplam puanı arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Anlamlı ilişkinin hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde ise; geliri giderinden az olan kadınların Tedavi Modülü toplam puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Geliri giderine denk olan kadınların Tedavi Modülü toplam puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınların gelir durumu ile Tedavi Çevresi alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Geliri giderine denk olan kadınların Tedavi Çevresi alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların gelir durumu ile Tedavi Tolerasyonu alt boyutu arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Geliri giderinden az olan kadınların Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Geliri giderine denk olan kadınların Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların gelir durumu ile FertiQoL toplam puanı arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Geliri giderinden az olan kadınların yaşam kalitesi düzeyinin geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Geliri giderine denk olan kadınların yaşam kalitesi düzeyinin geliri giderinden fazla olan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların en uzun yaşadıkları yer ile FÜO toplam puanı, arasında ilişkinin ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Köyde yaşayan kadınların ve kasabada yaşayan kadınların fertilitte uyum düzeylerinin şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kasabada yaşayan kadınların fertilitte uyum düzeylerinin ilçede yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların en uzun yaşadıkları yer ile Çekirdek Modülü toplam puanı, arasındaki ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Köyde yaşayan kadınların ve kasabada yaşayan kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kasabada yaşayan kadınların kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının ilçede yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınların en uzun yaşadığı yer ile Duygusal alt boyut arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Köyde yaşayan kadınların ve kasabada yaşayan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların en uzun yaşadıkları yer ile Zihin-Beden boyutu arasında anlamlı ilişkinin olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Kasabada yaşayan kadınların Zihin-Beden boyut puanlarının şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların en uzun yaşadıkları yer ile İlişkisel alt boyut arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Kasabada yaşayan kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların en uzun yaşadıkları yer ile Sosyal alt boyut arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Köyde yaşayan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının ilçede yaşayan kadınlardan ve şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kasabada yaşayan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının ilçede yaşayan kadınlardan ve şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınların en uzun yaşadıkları yer ile Tedavi Modülü toplam puanı arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Anlamlı ilişkinin hangi gruplar arasında

olduğu incelendiğinde ise; Kasabada yaşayan kadınların Tedavi Modülü toplam puanlarının şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların en uzun yaşadığı yer ile Tedavi Çevresi alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kasabada yaşayan kadınların Tedavi Çevresi alt boyut puanlarının şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların en uzun yaşadığı yer ile Tedavi Tolerasyonu alt boyutu arasında farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kasabada yaşayan kadınların Tedavi Tolerasyonu alt boyutu puanlarının şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların en uzun yaşadığı yer FertiQoL toplam puanı, arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Köyde yaşayan kadınların ve kasabada yaşayan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin şehirde yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kasabada yaşayan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin ilçede yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların evlilik biçimi ile FÜO toplam puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Tanışarak/ flört ederek evlenen kadınların fertilitate uyum düzeyinin görücü usulü/ istemeden evlenen kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınların fertilitate uyum düzeyinin görücü usulü/ istemeden evlenen kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile Çekirdek Modülü toplam puanı arasındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınlardan ve tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile Duygusal alt boyut arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların Duygusal alt boyut puanlarının görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınlardan ve tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile Zihin-Beden alt boyutu arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların Zihin-Beden alt boyut puanlarının görücü usulü/ isteyerek evlenen

kadınlardan ve tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile İlişkisel alt boyut arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınlardan ve tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile Sosyal alt boyut arasındaki ilişkinin ileri düzeyde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların Sosyal alt boyut puanlarının görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınlardan ve tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınların Sosyal alt boyut puanlarının tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile Tedavi Modülü toplam puanı arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların Tedavi Modülü toplam puanlarının görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınlardan ve tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınların Tedavi Modülü toplam puanlarının tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile Tedavi Çevresi alt boyutu arasında anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların Tedavi Çevresi alt boyut puanlarının tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile Tedavi Tolerasyonu alt boyutu arasındaki ilişkinin ileri düzeyde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanlarının görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınlardan ve tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların evlilik biçimi ile FertiQoL toplam puanı arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Görücü usulü/ istemeden evlenen kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınlardan ve tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Görücü usulü/ isteyerek evlenen kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin tanışarak/ flört ederek evlenen kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların aile tipi ile FÜO toplam puanı, İlişkisel alt boyut puanı, Sosyal alt boyut puanı ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanı arasında anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Aile tipi ile Çekirdek Modülü toplam puanı, Duygusal alt boyut puanı, Zihin-Beden alt boyut puanı, Tedavi Modülü toplam puanı, Tedavi Çevresi alt boyut puanı ve FertiQoL toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların evlilik yılı ile FÜO toplam puanı, Duygusal alt boyut puanı, Tedavi Modülü toplam puanı, Tedavi Çevresi alt boyut puanı ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanı arasında anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Evlilik yılı ile Zihin-Beden alt boyutu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Evlilik yılı 6-10 yıl arası olan kadınların Zihin-Beden alt boyut puanlarının evlilik yılı 1-5 yıl arası olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınların evlilik yılı ile Çekirdek Modülü toplam puanı arasında anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Evlilik yılı 6-10 yıl arası olan kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının evlilik yılı 1-5 yıl arası olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınların evlilik yılı ile İlişkisel alt boyut arasında anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Evlilik yılı 1-5 yıl arası olan kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının. evlilik yılı 6-10 yıl arası olan kadınlardan ve evlilik yılı 11 yıl üzeri olan kadınlardan evlilik yılı 1-5 yıl arası olan daha yüksek olduğu belirlenmiştir

Kadınların evlilik yılı ile Sosyal alt boyut arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Anlamlı ilişkinin hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında ise; evlilik yılı 1-5 yıl arası olan kadınların Sosyal alt boyut puanlarının. evlilik yılı 6-10 yıl arası olan kadınlardan ve evlilik yılı 11 yıl üzeri olan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir

Kadınların evlilik yılı ile FertiQoL toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Evlilik yılı 6-10 yıl arası olan kadınların yaşam kalitesi düzeyinin evlilik yılı 1-5 yıl arası olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

4.5. Primer İnfertil Kadınların FÜO ve FertiQoL Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Bu Puanlarla İnfertilite Öyküsü Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular

Tablo 4.5.1 Primer infertil kadınların infertilite öyküsünün, FÜO ve FertiQoL alt boyut puan ortalamalarına etkisinin incelenmesi

	FÜO TOPLAM	ÇEKİRDEK MODÜL TOPLAM	Duygusal	Zihin-Beden	İlişkisel	Sosyal	TEDAVİ MODÜLÜ TOPLAM	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu	FERTİQOL TOPLAM
<u>Tanı Yılı</u>	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
1 - 5 yıl	34,36 ± 7,38	63,09±15,68	53,6 ± 18,03	63,81 ± 7,16	68,66±20,73	66,27±19,25	62,67 ±12,56	65,01±13,13	59,16 ±17,56	62,96±12,98
5 yıl ve üzeri	36,02 ± 7,76	53,82±17,16	48,18±18,99	56,85±15,24	55,94±24,81	54,29±19,36	58,19 ±15,45	60,48±16,96	54,76 ±16,66	55,1 ± 15,8
p değeri / F, Z değeri	0,523 (F=0,410)	0,307 (F=1,051)	0,066 (Z=-1,842)	0,264 (F=1,255)	0,0001* (Z=-3,513)	0,0001* (Z=-4,010)	0,085 (Z=-1,724)	0,006* (F=7,603)	0,095 (Z=-1,671)	0,026* (F=5,019)
<u>İnfertilite Nedeni</u>	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
Kadın Faktörü (1)	34,16 ± 7,48	62,44±16,27	53,76±17,62	62,64±15,37	69,2 ±21,91	64,18±19,74	61,06 ± 14,08	64,09±15,27	56,52 ±15,88	62,04±14,52
Erkek Faktörü (2)	36,62 ± 8,55	50,3 ± 17,06	45,44±18,25	57,54±15,46	44,44±21,14	53,77±20,45	59,88 ± 17,56	62,3 ± 18,8	56,25 ±18,22	53,12±16,47
Açıklanamayan Faktör (3)	35,6 ± 7,26	57 ± 15,48	50,78±20,17	58,53±17,06	60,08±20,38	58,62±18,08	63,2 ± 11,6	64,73 ± 11,8	60,9 ± 17,52	58,82±12,64
Kombine Faktör (4)	39,06 ± 7,2	43,81±15,52	38,66±16,53	50,69±18,09	43,29 ± 26,2	42,59±16,82	47,78 ± 13,28	48,15±14,94	47,22 ±18,59	44,98±14,06
p değeri / χ^2, F değeri	0,039* (χ^2 =8,369)	0,0001* (χ^2 =22,204)	0,009* (χ^2 =11,577)	0,028* (F=,098)	0,0001* (χ^2 =32,863)	0,0001* (χ^2 =18,752)	0,002* (χ^2 =14,944)	0,001* (F=6,204)	0,064 (χ^2 =7,268)	0,0001* (χ^2 =20,395)
Çoklu Karşılaştırma		(4-1, 2-1)	(4-1)	(1-4)	(2-3, 2-1, 4-1)	(4-3, 4-1)	(4-1, 4-3)	(1-4, 2-4, 3-4)		(4-3, 4-1)

(Devamı arkada)

Tablo 4.5.2 Primer infertil kadınların infertilite öyküsünün, FÜO ve FertiQoL alt boyut puan ortalamalarına etkisinin incelenmesi

	FÜO TOPLAM	ÇEKİRDEK MODÜLÜ TOPLAM	Duygusal	Zihin-Beden	İlişkisel	Sosyal	TEDAVİ MODÜLÜ TOPLAM	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu	FERTİQOL TOPLAM
İnfertilite Tedavisi	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
Aşılama (1)	34,53 ± 7,34	59,79 ± 14,5	50,55±17,43	61,08±16,69	64,86 ± 19,1	62,66±19,25	64,15±12,82	66,9 ± 13,9	60,02 ±16,14	61,07 ±11,92
Hormon(2)	33,68 ± 6,66	68,64±16,56	58,55±18,92	67,54±18,72	76,75±19,06	71,71±17,55	59,74±14,33	64,25±15,23	52,96 ±19,47	66,02 ±15,16
Aşılama+Hormon (3)	36,36 ± 7,62	54,83±17,48	48,36±18,28	57,32±14,06	57,26±25,84	56,38±20,27	58,3 ± 14,27	60,35±15,18	55,21 ±16,58	55,85 ±15,63
Aşılama+Hormon+Tüp Bebek (4)	33,54 ± 6,76	59,72±15,03	56,08±17,33	61,81±15,91	63,72±21,16	57,29 ± 19	60,83±14,63	61,46±16,27	59,9 ± 17,08	60,05 ±14,05
Aşılama+Varikozel (5)	39,25±10,54	42,97±19,34	37,5 ± 22,4	51,04±19,95	38,19±25,74	45,14±18,62	50,83±18,01	52,43±19,42	48.44 ±18.49	45.28 ±18.44
p değeri / χ^2, F değeri	0,108 ($\chi^2=7,59$)	0,001* ($\chi^2=18,057$)	0,014* (F= 3,228)	0,041* (F= 2,553)	0,0001* ($\chi^2=21,531$)	0,002* (F=4,376)	0,076 ($\chi^2=8,479$)	0,027* (F=2,818)	0,146 ($\chi^2=6,809$)	0,005* ($\chi^2=14,7$)
Çoklu Karşılaştırma		(2-3, 2-5)	(2-5, 4-5)	(2-5)	(1-5, 2-5, 4-5, 2-3)	(1-5, 2-5, 2-3)		(1-5)		(2-5)
<u>Eş Tutumunda Değişim</u>	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
Yok	34,73 ± 6,98	59,51±15,74	52,03±18,01	61,03±15,84	64,13±21,28	60,85 ± 19,4	61,1 ± 13,83	63,36±15,08	57,7 ±16,64	59,98 ±13,9
Var	45,1 ± 11,08	28,13±11,19	24,58 ± 9,1	39,17±10,97	14,58±16,23	34,17±15,44	43,25±14,53	46,25±15,77	38,75 ±15,81	32,57 ±11,24
p değeri / Z, F değeri	0,0001* (Z=-3,748)	0,109 (F=2,601)	0,0001* (Z=-4,306)	0,0001* (Z=-3,937)	0,0001* (Z=-4,768)	0,0001* (Z=-3,804)	0,001* (Z=-3,316)	0,003* (Z=-3,001)	0,001* (Z=-3,263)	0,369 (F=0,810)

(Devamı arkada)

Tablo 4.5.3 Primer infertil kadınların infertilite öyküsünün, FÜO ve FertiQoL alt boyut puan ortalamalarına etkisinin incelenmesi

	FÜO TOPLAM	ÇEKİRDEK MODÜLÜ TOPLAM	Duygusal	Zihin-Beden	İlişkisel	Sosyal	TEDAVİ MODÜLÜ TOPLAM	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu	FERTİQOL TOPLAM
	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S	A.O ± S.S
<u>Eşin Ailesinden Tepki Görme</u>										
Yok	34,51±7,26	59,95±16,08	53,08 ± 17,6	61,75±15,75	63,11 ± 22	61,86±19,67	61,15±14,13	63,03±15,39	58,33 ±16,76	60,3 ± 14,17
Var	40,38 ± 8,04	43,66±17,17	34,03 ± 7,49	47,4 ± 15,14	49,83 ± 32	43,4 ± 15,49	53,33±14,88	58,33±16,58	45,83 ±15,71	46,51±15,97
p değeri / Z, F değeri	0,001* (Z=-3,465)	0,680 (F=0,171)	0,0001* (Z=-4,398)	0,650 (F=0,207)	0,049* (Z=-1,967)	0,0001* (Z=-4,247)	0,020* (Z=-2,326)	0,198 (Z=-1,287)	0,0001* (Z=-3,493)	0,257 (F=1,291)
<u>Psikolojik Destek İhtiyacı</u>										
Yok	35,31 ± 7,19	59,69±16,29	53,53±17,75	62,46±15,18	61,23 ± 22,7	61,55±19,83	61,42±13,47	63,21±14,86	58,74 ±16,26	60,2 ± 14,23
Var	35,36 ± 8,54	53,52±18,23	43,97±19,25	54,09±17,51	61,38±26,64	54,61±20,17	57,23±16,06	60,64±17,04	52,12 ±18,16	54,61±16,43
p değeri / F, Z değeri	0,109 (F=2,591)	0,296 (F=1,099)	0,002* (Z=-3,143)	0,065 (F=3,456)	0,655 (Z=-0,447)	0,034* (Z=-2,122)	0,158 (Z=-1,413)	0,526 (Z=-0,633)	0,025* (Z=-2,236)	0,144 (F=2,156)
<u>Destek Olan Kişi</u>										
Doktor (1)	35,43±11,28	41,67±22,29	33,93 ± 19,9	47,02±21,48	41,67±32,36	44,05±21,36	46,79±17,54	51,79±15,75	39,29 ±21,56	43,17±20,49
Eş (2)	33,95 ± 7,16	59,6 ± 15,26	47,97±17,99	58,9 ± 16,53	72,86±17,34	58,67±19,35	62,77±13,01	66,33±14,45	57,43 ±15,65	60,53±12,77
Aile (anne- baba) (3)	39,67±10,01	41,67±16,16	37,5 ± 20,33	43,4 ± 12,37	37,5 ± 26,11	48,26±19,74	46,25±16,22	48,26±17,54	43,23 ±17,57	43,01±15,49
p değeri / F, χ² değeri	0,131 (F=2,116)	0,001* (F=7,513)	0,086 (F=2,569)	0,012* (F=4,777)	0,0001* (χ ² =15,501)	0,099 (F=2,422)	0,001* (F=8,182)	0,001* (F=7,669)	0,01* (χ ² =9,234)	0,0001* (F=9,200)
Çoklu Karşılaştırma		(1-2, 2-3)		(2-3)	(3-2)		(1-2, 2-3)	(2-3)	(3-2)	(1-2, 2-3)

A.O: Aritmetik Ortalama

* P ≤ 0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık

S.S:Standart Sapma

Z: Mann Whitney U testi

χ²: Kruskal Wallis Varyans Analizi

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.5.1’de primer infertil kadınların FUIO puan ortalaması ve FertiQoL ölçeği toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Çalışmaya katılan primer infertil kadınların tanı yılı ile FUIO toplam puanı, Çekirdek Modülü toplam puanı, Duygusal, Zihin-Beden alt boyut puanları, Tedavi Modülü toplam puanı, Tedavi Çevresi ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasında anlamlı farkın olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Kadınların tanı yılı ile FertiQoL toplam puanı arasındaki anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). İlişkisel alt boyut ve Sosyal alt boyut puanları arasında ise farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların infertilite nedeni ile FUIO toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Kadınların infertilite nedeni ile Çekirdek Modülü toplam puanı arasındaki ileri düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). İnfertilite nedeni kadın faktörü olan kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının infertilite nedeni erkek faktörü olan kadınlardan ve infertilite nedeni kombine faktör olan kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Kadınların infertilite nedeni ile Duygusal alt boyut arasındaki anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). İnfertilite nedeni kombine faktör olan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının infertilite nedeni kadın faktörü olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınların infertilite nedeni ile Zihin-Beden alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İnfertilite nedeni kombine faktör olan kadınların Zihin-Beden alt boyut puanlarının infertilite nedeni kadın faktörü olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların infertilite nedeni ile İlişkisel alt boyut arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). İnfertilite nedeni kadın faktör olan kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının infertilite nedeni erkek faktör olan kadınlardan ve infertilite nedeni kombine faktör olan kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İnfertilite nedeni açıklanamayan faktör olan kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının infertilite nedeni erkek faktör olan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların infertilite nedeni ile Sosyal alt boyut arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). İnfertilite nedeni kombine faktör olan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının infertilite nedeni açıklanamayan faktör olan kadınlardan ve infertilite nedeni kadın faktörü olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların infertilite nedeni ile Tedavi Modülü toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İnfertilite nedeni kombine faktör olan kadınların Tedavi Modülü toplam puanlarının infertilite nedeni kadın faktörü olan kadınlardan ve

infertilite nedeni açıklanamayan faktör olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların infertilite nedeni ile Tedavi Çevresi alt boyutu arasında anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İnfertilite nedeni kombine faktör olan kadınların Tedavi Çevresi alt boyut toplam puanlarının, infertilite nedeni açıklanamayan faktör olan kadınlardan, infertilite nedeni erkek faktörü olan kadınlardan ve infertilite nedeni kadın faktörü olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların infertilite nedeni ile FertiQoL toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İnfertilite nedeni kombine faktör olan kadınların FertiQoL toplam puanlarının infertilite nedeni açıklanamayan faktör olan kadınlardan ve infertilite nedeni kadın faktörü olan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların aldıkları infertilite tedavisi ile Çekirdek Modülü toplam puanı arasında anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Hormon tedavisi alan kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının aşılama+hormon tedavisi alan kadınlardan ve aşılama+varikozel tedavisi alan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınların aldıkları infertilite tedavisi ile Duygusal alt boyut arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aşılama+varikozel tedavisi alan kadınların Duygusal alt boyut puanlarının hormon tedavisi alan kadınlardan ve aşılama+hormon+tüp bebek tedavisi alan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların aldıkları infertilite tedavisi ile Zihin-Beden alt boyut arasında anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Aşılama+varikozel tedavisi alan kadınların Zihin-Beden alt boyut puanlarının hormon tedavisi alan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların aldıkları infertilite tedavisi ile İlişkisel alt boyut arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Aşılama+varikozel tedavisi alan kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının aşılama tedavisi alan kadınlardan, hormon tedavisi alan kadınlardan ve aşılama+hormon+tüp bebek tedavisi alan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların aldıkları infertilite tedavisi ile Sosyal alt boyut arasındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Aşılama+varikozel tedavisi alan kadınların Sosyal alt boyut puanlarının aşılama tedavisi alan kadınlardan ve hormon tedavisi alan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hormon tedavisi alan kadınların Sosyal alt boyut puanlarının aşılama+hormon tedavisi alan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların aldıkları infertilite tedavisi ile Tedavi Çevre alt boyutu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aşılama+varikozel tedavisi alan

kadınların Tedavi Çevre alt boyut puanlarının aşılama tedavisi alan kadınlardan daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kadınların aldıkları infertilite tedavisi ile FertiQoL toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hormon tedavisi alan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin aşılama+varikozel tedavisi alan kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların eşlerinin tutumundaki değişim ile FÜO toplam puanı, Duygusal alt boyut, Zihin-Beden alt boyut, İlişkisel alt boyut ve Sosyal alt boyutları arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Kadınların eşlerinin tutumundaki değişim ile Tedavi Modülü toplam puanı, Tedavi Çevresi alt boyutu ve Tedavi Tolerasyonu alt boyutu arasında anlamlı olduğu ilişkinin gözlenmiştir ($p<0,05$).

Kadınların eşlerinin tutumundaki değişim ile Çekirdek Modülü toplam puanı ve FertiQoL toplam puanı arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların eşlerinin ailesinden tepki görmesi ile Duygusal alt boyut, Sosyal alt boyut ve Tedavi Tolerasyonu alt boyutları arasında ilişkinin ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Kadınların eşlerinin ailesinden tepki görmesi ile FÜO toplam puanı, İlişkisel alt boyut ve Tedavi Modülü toplam puanı arasında anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınların eşlerinin ailesinden tepki görmesi ile Çekirdek Modülü toplam puanı, Zihin-Beden alt boyut puanı, Tedavi Çevresi alt boyut puanı ve FertiQoL toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların psikolojik destek ihtiyacı ile FÜO toplam puanı, Çekirdek Modül Toplam Puanı, Zihin-Beden alt boyut, İlişkisel alt boyut puanları, Tedavi Modülü toplam puanı, Tedavi Çevresi alt boyutu, Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları ve FertiQoL toplam puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Kadınların psikolojik destek ihtiyacı ile Duygusal alt boyut, Sosyal alt boyut ve Tedavi Tolerasyonu alt boyutu puanları arasında anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan primer infertil kadınlara destek olan kişi ile FÜO toplam puanı, Duygusal alt boyut ve Sosyal alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Kadınlara destek olan kişi ile Çekirdek Modülü toplam puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Eşleri tarafından desteklenen kadınların Çekirdek Modülü toplam puanlarının doktoru tarafından desteklenen kadınlardan ve ailesi tarafından desteklenen kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınlara destek olan kişi ile Zihin-Beden alt boyutu arasında anlamlı ilişkinin olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Ailesi tarafından desteklenen kadınların Zihin-Beden alt boyut puanlarının eşleri tarafından desteklenen kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınlara destek olan kişi ile İlişkisel alt boyut arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Ailesi tarafından desteklenen kadınların İlişkisel alt boyut puanlarının eşleri tarafından desteklenen kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınlara destek olan kişi ile Tedavi Modülü toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Eşleri tarafından desteklenen kadınların Tedavi Modülü toplam puanlarının doktoru tarafından desteklenen kadınlardan ve ailesi tarafından desteklenen kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınlara destek olan kişi ile Tedavi Çevresi alt boyut arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Ailesi tarafından desteklenen kadınların Tedavi Çevresi alt boyut puanlarının eşleri tarafından desteklenen kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınlara destek olan kişi ile Tedavi Tolerasyonu alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ailesi tarafından desteklenen kadınların Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanlarının eşleri tarafından desteklenen kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınlara destek olan kişi ile FertiQoL toplam puanı arasında ileri düzeyde anlamlı farkın olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Eşleri tarafından desteklenen kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin doktoru tarafından desteklenen kadınlardan ve ailesi tarafından desteklenen kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.6. FOU ile FertiQoL Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular

Tablo 4.6.1 FOU ile FertiQoL ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Duygusal	Zihin- Beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu	Çekirdek Modül	Tedavi Modülü	FertiQ oL
FUO	r -0,7	-0,651	-0,511	-0,694	-0,28	-0,436	-0,745	-0,371	-0,702
	p 0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 4.6.1.' de primer infertil kadınların FOU ve FertiQoL Ölçekleri arasındaki ilişki verilmiştir. Çalışmaya katılan primer infertil kadınların FOU puan ortalaması ile FertiQoL puan ortalaması arasında negatif yönde ve kuvvetli derecede ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,702$ $p=0,000$). Kadınların FOU puanı düştükçe fertilitte uyum düzeyi artacağı, FOU puanı yükseldikçe fertilitte uyum düzeyi düşeceği için bu sonuç primer infertil kadınların fertilitte uyum düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin artacağını göstermektedir.

Kadınların FOU puan ortalaması ile Çekirdek Modül toplam puan ortalaması arasında bulunan ilişki incelendiğinde ise aralarındaki ilişkinin negatif yönde, kuvvetli derecede ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($r=0,745$ $p=0,000$).

Kadınların FOU puan ortalaması ile Çekirdek Modülü alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde; FOU ile Duygusal, Zihin-Beden, İlişkisel, Sosyal alt boyutları arasında orta derecede ve negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir.

Kadınların FOU puan ortalaması ile Tedavi Modülü toplam puan ortalaması ve Tedavi Tolerasyonu alt boyutu arasında orta derecede, negatif yönde ilişki varken, Tedavi Çevresi alt boyutu ile zayıf derece ve negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. Primer infertil kadınlarda fertilitte uyumunun yaşam kalitesine etkisinin incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda 4 bölümde tartışılmıştır.

5.2. Primer infertil kadınların tanıtıcı özelliklerine ve infertilite öykülerine ilişkin bulguların tartışılması

5.3. Primer infertil kadınların FÜO puanları ile tanıtıcı özellikleri ve infertilite öyküleri arasındaki ilişkinin tartışılması

5.4. Primer infertil kadınların FertiQoL puanları ile tanıtıcı özellikleri ve infertilite öyküleri arasındaki ilişkinin tartışılması

5.5. FÜO ve FertiQoL ölçekleri arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması

5.1. Primer İnfertil Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmaya katılan primer infertil kadınların yaş ortalamasının $29,42 \pm 4,26$ olduğu saptanmıştır. Literatürde bu çalışmanın bulgularına benzer sonuçlar elde edilen çalışmalar mevcuttur. İran'da yapılan bir vaka kontrol çalışmasında infertil grupta yer alan kadınların $62,8'$ inin 35 yaş altında olduğu belirlenmiştir (Bakhtiyar vd 2019). Kaba, çalışmasında kadınların yaş ortalamasını $29,84 \pm 3,05$ olarak belirlerken, Namdar ve arkadaşları çalışmalarına katılan kadınların yaş ortalamasını $29,4 \pm 5,4$ olarak saptamıştır (Namdar vd 2017, Kaba 2018). Bu çalışmadan farklı olarak kadınların yaş ortalamasının 30 yaş üstü olduğu çalışmalarda yer almaktadır (Eğın 2016, Üner 2017, Yaylagülü 2017, Namavar Jahromi vd 2018).

Literatürde fertilitte oranının en yüksek olduğu yaş aralığının 20-25 yaş olduğuna, 30-32 yaşlarında azalmaya başladığına ve 40 yaşından sonra bu azalmanın daha hızlı olduğuna dikkat çekilmektedir. Fertilitte oranı 25-29 yaş aralığında % 4-8

oranında azalırken, 30-34 yaş aralığında bu oran %15-19, 35-39 yaş aralığında % 26-46 ve 40-45 yaş aralığında % 95 oranında azalmaktadır (Yumru ve Öndeş 2011).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı verilerine göre doğurganlığın en yüksek olduğu yaş aralığı 25-29 yaş olarak bildirilmiştir (TNSA 2018). Bu çalışmada kadınların yaş ortalamasının $29,42 \pm 4,26$ olması çalışmaya katılan primer infertil kadınların, çocuk sahibi olmak için çok fazla beklemek istemedikleri ve bu nedenle erken yaşlarda tedavi arayışı içinde olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların % 47,1' inin lise mezunu olduğu saptanmıştır. Literatürde bu çalışmaya benzer şekilde Koca Çavdar' ın yapmış olduğu çalışmada kadınların % 42' sinin lise mezunu olduğu, Namavar Jahromi ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları çalışmada lise mezunu kadınların oranı % 45,2 olarak belirlenmiştir (Koca Çavdar 2017, Namavar Jahromi vd 2018). Bu çalışmadan farklı olarak Yaylagülü'nün yapmış olduğu çalışmada kadınların % 70 'inin üniversite mezunu olduğu, Güngör ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların % 61,5' inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Yaylagülü 2017, Güngör vd 2018). Literatürdeki çalışmaların sonuçlarına göre eğitim durumundaki bu farklılıkların nedeninin çalışmaların yapıldığı bölgelerin ve merkezlerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Eğitim düzeyi infertilite probleminin algılanmasında, tedaviye uyumda ve çiftlerin bu yaşam kriziyle başa çıkmasında önemli rol oynamaktadır (Zeren 2016).

Çalışmadaki kadınların % 53,3 'ünün her hangi bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Literatürde buna benzer çalışma sonuçları mevcuttur. Koca Çavdar'ın yaptığı çalışmada kadınların % 52' si her hangi bir işte çalışırken, Uğur'un çalışmasında bu oran % 58,9, Sünger'in yaptığı çalışmada ise % 40,4' tür (Uğur 2014, Koca Çavdar 2017, Sünger 2018). Bu çalışmadan farklı olarak Üner' in yaptığı çalışmada kadınların % 79,9 'u ev hanımıyken, Güngör ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların % 73,3' ü ev hanımıdır (Üner 2017, Güngör vd 2018). TNSA 2018 yılı verilerine göre kadınların çalışma oranı % 28'dir. Bu çalışmanın sonuçları TNSA 2018' e göre yüksek olsa da bu durumda çalışmanın Türkiye'nin batısında, sanayi sektöründe gelişmiş bir ilde yapılmış olmasının ve bu ilde iş imkanlarının fazla olmasının etkili olduğu söylenebilir.

Kadınların %67,8' inin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. İslimye Taşkın ve arkadaşların yaptıkları çalışmaya katılan infertil kadınların % 72' sinin gelir durumlarının orta düzeyde olduğunu belirtmiştir (İslimye Taşkın vd 2016). Kırço Çoban ve Dinç çalışmalarına katılan infertil çiftlerin % 70,7' sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğunu bulgulamıştır (Kırço Çoban ve Dinç 2013). Literatürde bu çalışmayla farklılık gösteren

bulgulara mevcuttur. Keskin ve Babacan Gümüş çalışmalarında kadınların % 55' inin gelir durumunun düşük olduğunu belirtmiştir (Keskin ve Babacan Gümüş 2014). Sis Çelik ve Kırca çalışmalarına katılan primer infertil kadınların % 73,8' inin gelirinin giderinden düşük olduğunu saptamıştır (Sis Çelik ve Kırca 2018). Çalışmadaki kadınların büyük çoğunluğunun gelirinin giderine denk olmasında çalışmanın sanayi sektöründe gelişmiş bir ilde yapılması dolayısıyla kadınların büyük bir oranının çalışarak eve ekonomik olarak katkı sağlamasından ve çalışmanın yapıldığı merkezin devlet destekli bir merkez olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Gelir düzeyi yüksek olan kesim özel tedavi merkezlerine başvurmakta, gelir düzeyi çok düşük olan kesim de devlet destekli dahi olsa yüksek tedavi masrafları nedeniyle tedavi merkezine başvuramamaktadır. İnfertilite tedavisinde ekonomik koşullar çiftlerin yaşamını büyük ölçüde etkilemektedir.

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların en uzun yaşadığı yer % 44,3 oranı ile şehir olarak saptanmıştır. Şen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada infertil kadınların % 44,8' inin yaşadıkları yerin il olduğu belirtilmiştir (Şen ve arkadaşları 2014). Keskin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya katılan infertil kadınların % 44,4' ünün en uzun yaşadığı yerin il olduğu saptanmıştır (Keskin ve arkadaşları 2012). Bu bulgular sonucunda çalışmadan elde edilen sonucun literatür ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Kadınların % 62,1' inin eşleriyle tanışarak/ flört ederek evlendiği belirlenmiştir. Egelioğlu Cetişli ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada primer infertil kadınların % 69,6' sının evlilik biçiminin flört ederek olduğu saptanmıştır (Egelioğlu Cetişli vd 2014). Güleç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan infertil çiftlerin % 64' ünün tanışarak/flört ederek evlendiği belirtilmiştir (Güleç vd 2011). Bu çalışmanın sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Literatürde farklı çalışma sonuçları da bulunmaktadır. Etişken Ayaltı ve Bayraktar'ın yaptıkları çalışmaya katılan infertil çiftlerin % 54,3' ünün görücü usulü evlilik yaptığı saptanmıştır (Etişken Ayaltı ve Bayraktar 2017). Topdemir Koçyiğit'in yaptığı çalışmaya katılan primer infertil kadınların % 50' sinin görücü usulü evlilik yaptıkları belirlenmiştir (Topdemir Koçyiğit 2012). Çalışmalardaki bu farklılığın nedeni kadınların yetiştirilme tarzında, kültür yapılarında farklılıkların olması ve ailelerin evlilik biçimlerine müdahale edip etmemesi ile ilgilidir. Çalışmada tanışarak evlilik yapan kadın oranının yüksek olması çiftlerin evlilik öncesi birbirini tanıma sürecinden geçtikleri ve ailelerin eş seçimi konusunda çok müdahale etmedikleri şeklinde açıklanabilir.

Araştırmaya katılan primer infertil kadınların % 85,1' inin çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Karaca ve Ünsal' ın yaptıkları çalışmada kadınların % 78,8'

inin çekirdek aile içinde yaşadıkları gözlenmiştir (Karaca ve Ünsal 2015). Sis Çelik ve Kırca' nın yaptıkları çalışmada kadınların çekirdek aile tipine sahip olma oranı % 95,5 olarak belirtilmiştir (Sis Çelik ve Kırca 2017). Bodur ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya katılan çiftlerin % 80,8 'inin çekirdek aile yapında oldukları saptanmıştır (Bodur vd 2013). Çalışmanın sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmada çekirdek aile yapısına sahip kadınların fazla olmasının sebebi çalışmaya katılan kadınların eğitim seviyelerinin ve çalışma oranlarının yüksek olmasıyla, büyük çoğunluğunun şehirde yaşamalarıyla açıklanabilir.

Çalışmadaki kadınların % 42' sinin evlilik yılının 1-5 yıl olduğu, % 40,8' nin de 6-10 yıl olduğu belirlenmiştir. Etişken Ayaltı ve Bayraktar'ın çalışmalarında kadınların % 65,8' inin evlilik süresinin 10 yıldan az, Kırço Çoban ve Dinç'in çalışmalarında % 47,3' ünün 5 yıldan az olduğu belirtilmiştir (Kırço Çoban ve Dinç 2013, Etişken Ayaltı ve Bayraktar 2017). Yaylagülü'nün çalışmasında kadınların % 49 'unun, Keskin ve Babacan Gümüş'ün çalışmalarında % 47' sinin 1-5 yıldır evli olduğu saptanmıştır (Keskin ve Babacan Gümüş 2014, Yaylagülü 2017).

İnfertil kadınların tanı yılı ortalamasının $6,14 \pm 3,56$ olduğu saptanmıştır. Sünger'in yaptığı çalışmada kadınlarının % 39,7 'sinin tanı yılının 5 yıl ve üzeri olduğu, Yaylagülü'nün çalışmasında % 52' sinin tanı yılının 3-5 yıl olduğu saptanmıştır (Yaylagülü 2017, Sünger 2018). Tanı yılının fazla olması çiftlerin umutlarının azalmasına ve infertilite problemi nedeniyle daha çok sorun yaşamalarına neden olabilir.

Çalışmada infertilite nedeninin % 52,9 oranında kadın faktörüne bağlı olduğu saptanmıştır. Literatürde infertilite nedenleri incelendiğinde karşımıza farklı sonuçlar çıkmaktadır. Sünger'in çalışmasında kadın faktörlü infertilite oranı % 66, Yaylagülü'nün çalışmasında % 45, Koca Çavdar'ın çalışmasında % 41,5, Üner' in çalışmasında ise % 40,6 olarak saptanmıştır (Koca Çavdar 2017, Üner 2017, Yaylagülü 2017, Sünger 2018). Karaca ve Ünal'ın yaptıkları çalışmada infertilite nedeninin %33,1' inin kadın kaynaklı, % 22'sinin erkek kaynaklı, % 36' sinin açıklanamayan infertilite olduğu saptanmıştır (Karaca ve Ünsal 2015). Güleç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada infertilite nedenleri incelendiğinde % 51 erkek faktörünün, % 9 kadın faktörünün, % 18 hem erkek hem kadın faktörünün etkili olduğu saptanmıştır (Güleç vd 2011). Ülkemizde çiftler çocuk sahibi olamadıklarında kadınlar annelik rolünü yerine getiremediği için büyük bir toplumsal baskı altında kalmaktadır. Genellikle tedavi arayışı içine girerek hastaneye başvuran kişi kadın olmaktadır. İnfertilite nedeni erkek kaynaklı dahi olsa kadınlar eşlerinin toplum önünde küçük düşmesini istemedikleri için ve erkeklere göre infertilite problemine karşı başa çıkma yöntemlerini daha iyi kullandıkları için sorunu

kendi üstlerine almaktadırlar. Sonuçta infertilite nedeni hangi cinsiyette olursa olsun çiftler için büyük bir stres faktörüdür.

Araştırmaya katılan primer infertil kadınların % 5,7' sinin infertilite nedeniyle eşlerinin tutumunda değişim olduğu, % 13,8' inin eşinin ailesinden tepki gördüğü saptanmıştır. % 67,8' nin psikolojik destek ihtiyacı olduğu, % 66,1' inin destek ihtiyacının eşi tarafından giderildiği belirtilmiştir. Şen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların % 29,9 'unun ailesinin davranışlarında değişiklik olduğu, % 26,9'unun eşinin davranışlarının değiştiği, % 43,2'sinin ailesi tarafından, % 41,8'inin eşi tarafından desteklendiği ve % 83,6'sının profesyonel destek almadığı saptanmıştır (Şen vd 2014). Çalışmada eşinin tutumunda değişim olan kadınların oranının oldukça düşük olmasının sebebi kadınların infertilite sorunu nedeniyle karşılaştığı sıkıntıları saklaması olarak düşünülmektedir.

5.2. Primer İnfertil Kadınların FOU Puanları ile Tanıtıcı Özellikleri ve İnfertilite Öyküleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada primer infertil kadınların yaşı ile FOU puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmayla benzer şekilde Tiyuri ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada da yaş ile FOU puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı gözlenmiştir. Arslan ve Okumuş (2016) yaptıkları çalışmaya katılan kadınların yaşı ile FOU puanları arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Çalışma sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Kadınların eğitim durumu ile FOU puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır. Üniversite mezunu olan kadınların uyum düzeylerinin ortaokul ve lise mezunu olan kadınlara göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Arslan ve Okumuş'un (2016) yaptıkları çalışmada lise ve üstü eğitim seviyesine sahip kadınların uyum düzeyleri diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Kadınların eğitim seviyelerinin artması ile infertilite tanı, tedavi yöntemleri hakkında daha çok bilgi sahibi olmasına, toplum baskısından daha az etkilenmesine ve baş etme yöntemlerini daha etkin kullanmalarına ve bu durumun da fertilitte uyum düzeylerini artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan primer infertil kadınların çalışma durumu ile FOU puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ve çalışan kadınların fertilitte uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma ile benzer şekilde Arslan ve Okumuş'un (2016) yaptıkları çalışmada çalışan kadınların fertilitte

uyum düzeylerinin ev hanımı olan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Kadınların her hangi bir işle uğraşmasının onların psikolojisini olumlu yönde etkilediği, dikkatlerini başa yöne çektiği ve bu durumun fertilitate uyum düzeylerini artırdığını düşündürmektedir.

Çalışmadaki kadınların gelir durumu ile FOU puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu ve geliri giderinden fazla olan kadınların uyum düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arslan ve Okumuş'un (2016) yaptıkları çalışmada gelir seviyesi yüksek kadınların uyum düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bilgiç ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada gelir düzeyi yüksek olan kadınların fertilitate uyum düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır. İnfertilite tanı ve tedavi işlemleri pek çok çift için pahalı işlemler olup çiftleri maddi olarak etkilemektedir. Gelir durumunun iyi olması çiftlerin tanı ve tedavi olanaklarına daha kolay ulaşmasına ve umutlarının artmasına, infertilite sürecindeki tutum ve davranışlarının olumlu olmasına neden olduğu ve uyum düzeylerini yükselttiği söylenebilir.

Kadınların en uzun yaşadıkları yer ile FOU puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu ve şehirde yaşayan kadınların köyde veya kasabada yaşayan kadınlara göre uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun şehirde yaşayan kadınların toplum tarafından oluşturulan sosyal baskıyı daha az yaşamalarına, sağlık hizmetlerine ulaşmalarının kolay olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların evlilik biçimi ile FOU puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve tanışarak/flört ederek evlenen çiftlerin uyum düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun eşlerin birbirini desteklemesi, sıkıntılarını rahatlıkla konuşup birlikte çözüm yolları üretmelerile ilgili olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınların aile tipi ile FOU puan ortalaması arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve çekirdek aile yapısına sahip kadınların fertilitate uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çekirdek aile yapısına sahip kadınların infertilite probleminin yarattığı sıkıntıları eşleriyle kendi aralarında çözmeye çalışmaları, eşinin ailesi yada kendi ailesinin bu duruma müdahale etmemesi ve toplumsal baskıyı daha az yaşamaları nedeniyle fertilitate uyumlarının daha iyi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadaki primer infertil kadınların evlilik yılları ile FOU puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde Tiyuri ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada da evlilik süresi ile FOU toplam puanı arasında ilişki olmadığı gözlenmiştir. Arslan ve Okumuş'un (2016) yaptıkları

çalışmada evlilik yılı 6 yıl ve üzeri olan kadınların uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların tanı yılları ile FÜO puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Tiyuri ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada da infertilite süresi ile FÜO toplam puanı arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir. İnfertilite süresini az ya da çok olması bu sürece uyumlarını etkilememiştir.

Çalışmada infertilite nedeni ile FÜO puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. İnfertilite nedeni kadın kaynaklı olan kadınların uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durumun kadınların başa çıkma yöntemlerini daha iyi kullandıkları şeklinde yorumlanabilir.

Primer infertil kadınların eşlerinin olumsuz tutumları ile FÜO puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu ve eşlerinin olumsuz tutumlarıyla karşılaşmayan kadınların fertilitate uyum düzeylerini daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eşlerin infertilite problemi nedeniyle kadınları suçlamayıp destek olması, hislerini paylaşmasına izin vermesi, anksiyete ve stres düzeyini azalmış ve bu durum fertilitate uyum düzeylerini artırmış olabilir.

Kadınların eşlerinin ailesinden tepki görmesi ile FÜO puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve eşinin ailesinden tepki gören kadınların fertilitate uyum düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Kadınların eşinin ailesi tarafından gördüğü sosyal baskı nedeniyle eşi ile problemler yaşamaması, depresyon, anksiyete, kendini suçlama gibi olumsuz duygular hissetmesinin uyum düzeylerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

5.3. Primer infertil kadınların FertiQoL Puanları ile Tanıtıcı Özellikleri ve İnfertilite Öyküleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmaya katılan primer infertil kadınların yaşları ile yaşam kalitesinin ilişkiyel alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. 18-29 yaş gurubu kadınların ilişkiyel alt boyut puanları 30 yaş ve üzeri gruptan daha yüksektir. Diğer alt boyutlar ile yaş arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Çalışma sonucuyla benzer şekilde Karabulut ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada infertil kadınların yaşları ile ilişkiyel alt boyut ve tedavi çevresi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (Karabulut vd 2013). Bu çalışma bulgularının aksine Yaylagülü'nün yaptığı çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak kadınların yaşı ile duygusal ve ilişkiyel alt boyut puanları

arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde olduğu saptanmıştır (Yaylagülü 2017). Keramet ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada kadınların yaşı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (Keramat vd 2014). Genç yaştaki kadınların eşleri ile olan ilişkileri ilerinin yaştaki kadınlardan daha iyi olduğu söylenebilir.

Kadınların eğitim seviyeleri ile yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modülü toplam puanı, Duygusal, İlişkisel, Sosyal, Zihin-Beden ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Literatürde bu çalışmayla benzerlik gösteren çalışma sonuçları mevcuttur. Namavar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi toplam puanları ve bazı alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. (Namavar vd 2018). Karabulut ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda eğitim durumu ile Duygusal, Çevresel alt boyut puanları ve FertiQoL toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (Karabulut vd 2013). Benzer şekilde Teskereci'nin yaptığı araştırmada ilkokul mezunu kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğu gözlenmiştir (Teskereci 2010). Kadınların infertilite nedeniyle karşılaştıkları toplumsal baskı, damgalanma, suçluluk hissi eğitim seviyesi düşük olan kadınları daha fazla etkilemekte, eğitim seviyesinin artmasıyla kadınlar infertilite problemiyle ilgili daha fazla bilgi sahibi olmakta, başa çıkma stratejilerini daha etkin kullanmaktadır. Bu durumun yaşam kalitesine olumlu yönde etki ettiği düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumu ile yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü toplam puanları ve ölçeğin tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde Göker ve arkadaşlarının araştırmada kadınların herhangi bir işte çalışma durumu ile FertiQoL toplam puanı ve ölçeğin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (Göker vd 2017). Karabulut ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da kadınların çalışma durumu ile FertiQoL toplam puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (Karaca vb 2016).

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların gelir durumu ile yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü toplam puanları ve tüm alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Benzer şekilde İran'da yapılan bir araştırmada çiftlerin gelir durumu ile FertiQoL, Çekirdek Modülü toplam puanı, Duygusal, İlişkisel, Zihin-Beden, Sosyal ve Tedavi Tolerasyonu alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Namavar Jahromi vd 2018). Yaylagülü (2017) yaptığı çalışmaya katılan kadınların yaşam kalitesi ile Duygusal, İlişkisel, Zihin-beden ve sosyal alt boyutlar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak

anlamli olduğunu saptamıştır. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir (Karabulut vd 2013, Göker vd 2017). İntertilite tedavisi çiftleri fiziksel, duygusal, psikolojik olarak olumsuz etkilemesinin yanında maddi olarakta etkilemektedir. Uygulanan tedaviler ve kullanılan ilaçlar için yapılan harcamalar pek çok çiftin imkânlarını zorlamakta ve çiftlerin çocuk sahibi olabilmek için maddi güçlük çekmesine neden olmaktadır. Gelir durumunun bu yönüyle çiftlerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği düşünölmektedir.

Kadınların en uzun yaşadıkları yer ile yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modölü, Tedavi Modölü toplam puanı ve tüm alt boyut puanları anlamli olduğu saptanmıştır. Şehirde yaşayan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin diğer gruplara göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Uğur' un (2014) yaptığı araştırmada kadınların yaşadıkları yer ile ilişkisel ve sosyal alt boyut puanları arasında anlamli fark olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Göker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların yaşadıkları yer ile FertiQoL toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamli ilişki olmadığı gözlenmiştir (Göker vd 2017). Çalışmanın sonucu şehirde yaşayan kadınların kırsal kesimlerde yaşayan kadınlara göre sosyal baskı, damgalanma gibi olumsuz yaklaşımlara daha az maruz kalmalarına, eğitim seviyelerinin daha yüksek olmasına ve tedavi olanaklarına daha kolay ulaşmalarına bağlanabilir.

Çalışmadaki primer infertil kadınların evlilik biçimi ile yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modölü, Tedavi Modölü toplam puanları ve tüm alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamli olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer çalışma sonuçları mevcuttur. Yaylagöülü'nün (2017) yaptığı çalışmada kadınların evlilik biçimi ile ilişkisel ve Tedavi Çevresi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamli fark olduğu belirlenmiştir. Zeren (2016) yaptığı çalışmada evlilik biçimi ile yaşam kalitesi arasında anlamli ilişki olduğunu saptamıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak Sünger'in (2018) yaptığı çalışma sonucunda ise evlilik biçimi ile yaşam kalitesi arasında anlamli ilişki olmadığı gözlenmiştir. Tanışarak ve kendi istekleriyle evlenen çiftlerde infertilite gibi baş edilmesi zor bir yaşam krizi durumunda bile birbirlerine destek oldukları ve bu süreci birlikte atlatmaya çalıştıkları için yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünölmektedir.

Kadınların aile tipleri ile ilişkisel, sosyal ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamli olduğu saptanmıştır. Karabulut ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların aile tipi ile duygusal alt boyut puanı arasındaki ilişkinin anlamli olduğu belirlenmiştir (Karabulut vd 2013). Bolsoy ve arkadaşları (2010) yaptıkları araştırma sonucunda çekirdek aile yapısında olan çiftlerin

yaşam kalitesi düzeylerinin geniş aile yapında olan çiftlerden daha yüksek olduğunu gözlenmiştir. Çekirdek aile yapısına sahip kadınların geniş aile içinde yaşayan kadınlara göre eşinin ailesi ve yakın çevresi tarafından gerçekleştirilen sosyal baskıya daha az maruz kaldıkları için yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların evlilik yılları ile yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modülü toplam puanı, Zihin-Beden, ilişkisel ve sosyal alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda evlilik yılı 1-5 yıl arası olan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatürde farklı çalışma sonuçları mevcuttur. Uğur (2014) yaptığı çalışmada kadınların evlilik süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Göker ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları araştırmada ise kadınların evlilik yılları ile FertiQoL toplam puanı, Çekirdek Modülü toplam puanı ve Duygusal alt boyut puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Evlilik yılı 10 yıl üzeri olan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evlilik yılının düşük olması aynı zamanda infertilite tanı yılının düşük olmasına bunun da kadınların yaşam kalitelerinin daha yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Primer infertil kadınların tanı yılı ile yaşam kalitesi toplam puanı, İlişkisel, Sosyal ve Tedavi Çevresi alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Tanı yılı 1-5 yıl olan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin tanı yılı 5 yıl ve üzeri olan gruba göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Namavar Jahromi ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada çiftlerin tanı yılı ile Tedavi Modülü toplam puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir. Sünger (2018) yaptığı çalışmasında tanı yılı 5 yıl üzeri olan kadınların FertiQoL ve Çekirdek Modülü toplam puanlarının tanı yılı 5 yıl altı olan gruba göre düşük olduğunu belirtmiştir. Çalışma sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir. İnfertilite süresi uzadıkça çiftler umutlarını kaybetmekte, tedaviye olan inançları azalmakta ve kendilerini başarısız hissetmektedirler. Bu durumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmadaki kadınların infertilite nedenleri ile yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü toplam puanları ve Tedavi Tolerasyonu dışındaki tüm alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

İnfertilite nedeni kadın faktörüne bağlı olan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde İran'da yapılan bir araştırmada infertilite nedeni ile Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü toplam puanları, Duygusal, Zihin-Beden, Sosyal, Tedavi Çevresi alt boyut puanları

arasında anlamlı ilişki olduğu, infertilite nedeni kadın kaynaklı olan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Maroufizadeh vd 2017).

Literatürde farklı çalışma sonuçları da mevcuttur. Namavar Jahromi ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada infertilite nedeni ile FertiQoL toplam puanı, Tedavi Modülü toplam puanı, Duygusal, Tedavi Çevresi, Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir. Kadınların infertilite nedeni erkek kaynaklı olması durumunda yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Namavar Jahromi vd 2018). Bazı araştırma sonuçları ise infertilite nedeninin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığını saptamıştır (Koca Çavdar 2017, Yaylagülü 2017, Sünger 2018). Bu çalışma sonucunda bazı kadınların erkeklere göre infertilite problemiyle daha iyi baş ettikleri bu durumun kadın kaynaklı infertilite nedenine sahip kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Primer infertil kadınlara uygulanan infertilite tedavisi ile Yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modülü Toplam Puanı, Duygusal, Zihin-Beden, İlişkisel Sosyal ve Tedavi Çevresi alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hormon tedavisi alan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durumun kadınların henüz pek çok başarısız tedavi deneyimi yaşamamış, ileri tedavi yöntemlerine geçmek zorunda kalmamış ve tedavi şanslarının olduğu yönündeki umutlarını kaybetmemiş olmalarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların eşlerinin olumsuz tutumları ile Tedavi Modülü toplam puanı, Duygusal, Zihin-Beden, İlişkisel, Sosyal, Tedavi Çevresi ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Eşlerinin olumsuz tutumlarına maruz kalan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu gözlenmiştir. İnfertilite problemi nedeniyle pek çok kadın eşi tarafından suçlanmakta, aldatılmakta hatta boşanma ile tehdit edilmektedir. Kadın infertilite probleminin yanında ailevi sorunlarla da baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu durum kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

İnfertil kadınların eşlerinin ailesinden tepki görmesi ile Tedavi Modülü toplam puanı, Duygusal, Sosyal, İlişkisel, Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlı olduğu saptanmıştır. Eşlerinin ailesinden tepki gören kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Toplumda kadına yüklenen annelik rolü ve ataerkil toplumlarda soyun devamına verilen önem infertilite problemi yaşayan kadınlara ağır bir yük yüklemektedir. Kadınların eşlerinin ailesi tarafından tepki görme, suçlanması, yetersiz görülmesi anksiyete, depresyon, öz güven

eksikliği ve evliliklerinde problem yaşamalarına neden olmakta bu durum yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.

Çalışmaya katılan kadınların psikolojik destek ihtiyacı ile Duygusal, Sosyal ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde Karabulut ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada psikolojik destek ihtiyacı ile FertiQoL toplam puanı, Duygusal, Zihin-Beden, İlişkisel, Sosyal ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. İnfertilite probleminin neden olduğu stres, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlarını çözümlenmesinde ve başa çıkma yöntemlerini geliştirmesinde eşi, ailesi ve yakın çevresi tarafından desteklenen kadınların psikolojik destek ihtiyacının giderildiği ve bu durumun yaşam kalitesi düzeylerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Primer infertil kadınlara destek olan kişi ile Yaşam kalitesi toplam puanı, Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü toplam puanları, Zihin- Beden, İlişkisel, Tedavi Çevresi ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eşleri tarafından desteklenen kadınların, ailesi veya doktoru tarafından desteklenen kadınlara göre yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum infertilite probleminde eşlerin birbirine destek olmasının ve bu sorunu birlikte aşmaya çalışmasının ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

5.4. FOU ve FertiQoL Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmaya katılan primer infertil kadınların FOU puan ortalaması ile FertiQoL puan ortalaması arasında negatif yönde ve kuvvetli derecede ilişki olduğu saptanmıştır. Fertilite uyumu puan ortalamaları düşük olan primer infertil kadınların, yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Fertilite uyumu puan ortalamaları yüksek olan primer infertil kadınların, yaşam kalitesi puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Bu durum primer infertil kadınların fertilite uyum düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin artacağını göstermektedir. Literatürde fertilite uyumunun yaşam kalitesine etkisinin incelendiği başka çalışma bulunmamaktadır.

Çalışma sonucunda kadınların eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, en uzun yaşadıkları yer, evlilik biçimi, aile tipi, infertilite nedeni, eşlerinin tutumundaki değişim ve eşinin ailesinden tepki görmesi fertilite uyum düzeylerini etkilemektedir. Literatürde fertilite uyumunu etkileyen faktörler incelendiğinde kişinin bilişsel gelişim

düzeyleri, sorunun ne zaman ortaya çıktığı, sorunun kişiler tarafından algılanış biçimi, soruna yükledikleri anlam, hissettikleri stres düzeyi, uygun olan başa çıkma stratejilerinin seçilmesi ve çevrelerinden gördükleri desteğin uyum düzeylerini etkilediği görülmektedir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay 2015, Yaylagülü 2017).

İnfertilite probleminin çiftlerde neden olduğu anksiyete, depresyon, gelecek hakkında plan yapamama, sosyal izolasyon çiftlerin infertiliteye uyum düzeylerinin zayıf olduğunun göstergesidir (Mahajan vd 2009). Verhakk ve arkadaşları (2005) yaptıkları araştırmada kadınların başarısızlıkla sonuçlanan YÜT'e uyum sağlamasında kişilik özelliklerinin, sosyal destek sistemlerinin etkili olduğu ve en önemli sosyal destek kaynağının eş olduğu gözlenmiştir. Verhakk ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir başka çalışmada başarısız IVF tedavisinden sonraki dönemlerde kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalmanın olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların YÜT'nin sonra geçen 3-5 yılın sonunda yaşamlarında yeni hedeflere odaklandıklarını bu durumun uyumun bir göstergesi olduğunu ve duygu durumlarında iyi yönde bir gelişim olduğunu saptamışlardır. Kadınların tedaviyi bıraktıktan sonra yaşam hedeflerini değiştirmelerine yardımcı olunmasının uyum sürecini olumlu yönde etkileyebileceğini belirtmişlerdir. Arslan Özkan'ın (2012) yaptığı vaka kontrol çalışmasında kadınların problemlerini çözmelerine yardımcı olacak girişimler uygulanmış, duygularını, hislerini ifade etmesi ve kabul etmesi sağlanmış, bunların sonucunda kadınların infertiliteye uyum düzeylerinin arttığı gözlenmiştir.

Kroemeke ve Kubicka (2018) yaptıkları çalışmada infertilite tedavisi alan çiftlerin uyum düzeyleri oldukça farklılık gösterdiğini belirtmektedir. Yapılan çalışmada kadınların depresyon düzeylerinin daha yüksek, hayattan beklenti düzeylerinin daha düşük olduğu, eşlerinde ve çevrelerinden daha fazla destek aldıkları gözlenirken, erkeklerin infertilite sorununa daha iyi uyum sağladıkları ve destek sistemlerinden daha az yararlandıkları gözlenmiştir.

Daniluk ve Tench (2007) yaptıkları çalışmada çevrelerinden yeterince sosyal destek görmeyen, duygu odaklı başa çıkma stratejileri kullanan çiftlerin fertilitate uyum düzeylerinin düşük olduğunu saptamıştır.

Bilgiç ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (2016) infertilite problemini çevresinden saklama ihtiyacı hisseden, çevresi ile etkileşiminden olumsuz etkilenen ve hayatından memnun olmayan kadınların fertilitate uyum düzeylerinin düşük olduğunu, eğitim düzeyi yüksek olan, herhangi bir işte çalışan, gelir durumu yüksek olan kadınların fertilitate uyum düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Lee ve arkadaşlarının (2010) probleme odaklanan ve olumlu anlam yüklemeye yönelik başa çıkma yöntemlerinin uyum düzeyinin yükseltilmesinde etkili olduğunu,

duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinin ise olumsuz sonuçlara yol açtığını belirtmişlerdir. İnfertilitede uyum sorunu benimsemeyi gerektirmektedir. Benimseme çiftlerin olumlu ya da olumsuz her kararı birlikte almalarını, yaşamlarını kararlılıkla ve pek çok durumda huzurla geçirmelerini ifade etmektedir (Arslan Özkan, 2012).

Arslan Özkan'ın (2012) çalışmasında kadınlara uyguladığı hemşirelik bakımında kadınların tedavi yöntemlerinden beklentileri, tedaviye yönelik korkuları, hayattan beklentileri, olumlu ya da olumsuz bütün düşüncelerini ortaya koyması sağlanmış, kadınlar duygu ve düşüncelerini ifade ettikten sonra kendilerini daha rahat ve hafiflemiş hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu durum infertil çiftlere bakım veren hemşirelerin iletişim becerilerinin ve verdikleri bakımın önemini ortaya koymaktadır.

İnfertil çiftlere bakım veren hemşirelerin çiftlerin fertiliteye uyum düzeylerini etkileyen faktörleri bilmesi, bilgi ihtiyaçlarını gidermesi, danışmanlık hizmeti sağlaması, destek programları hazırlaması, başa çıkma yöntemlerini etkin bir şekilde kullanmasını sağlaması çiftlerin uyum düzeylerini arttırmakta dolayısıyla yaşam kalitelerinin yükselmesinde katkı sağlayabilir.

6. SONUÇLAR

Primer infertil kadınlarda fertilitte uyumunun yaşam kalitesine etkisini belirlemek ve infertilite alanında çalışan hemşirelerin tedavi alan çiftlerin bilgi eksikliğini gidermesine ve başa çıkma yöntemlerini desteklemesine katkıda bulunmak amacıyla Denizli Devlet Hastanesi İnfertilite Merkezi'ne başvuran primer infertil 174 kadın ile yapılan bu çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- Çalışmaya katılan primer infertil kadınların yaş ortalamasının $29,42 \pm 4,26$ olduğu, % 47,1' inin lise mezunu olduğu, % 53,5' inin çalıştığı ve % 67,8' inin gelirinin giderine denk olduğu,
- Kadınların % 44,3 'ünün şehirde yaşadığı, % 62,1' inin tanışarak evlendiği, % 85,1' inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve % 42' sinin evlilik yılının 1-5 yıl olduğu,
- Primer infertil kadınların tanı yılı ortalamasının $6,14 \pm 3,56$ olduğu, % 52,9' unun infertilite nedeninin kadın faktörü olduğu, % 37,9' unun aşılama, hormon ve tüp bebek tedavisi, % 30,5' inin ise yalnızca aşılama tedavisi aldığı,
- Kadınların % 5,7' sinin infertilite nedeniyle eşinin tutumunda değişiklik olduğu, % 13,8' inin eşinin ailesinden tepki gördüğü, % 32,2' sinin psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu, psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların % 66,1' inin eşinden destek gördüğü,
- Çalışmaya katılan primer infertil kadınların FUIO puan ortalamasının $35,32 \pm 7,63$, FertiQoL toplam puan ortalamasının $58,4 \pm 15,15$, FertiQoL Çekirdek Modülü toplam puan ortalamasının $57,7 \pm 17,13$ ve FertiQoL Tedavi Modülü toplam puan ortalamasının $60,07 \pm 14,44$ olduğu,
- Primer infertil kadınların yaşı ile yaşam kalitesinin ilişkisel alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p < 0,05$), 18-29 yaş grubu primer infertil kadınların ilişkisel alt boyut puanlarının, 30 yaş ve üstü kadınlara göre daha yüksek olduğu,

- Primer infertil kadınların eğitim, gelir durumu, en uzun yaşadıkları yer ile FOU toplam puanı ve FertiQoL toplam puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) olduğu,
- Primer infertil kadınların eğitim seviyesi, gelir düzeyi yükseldikçe fertilitite uyum düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin yükselmekte olduğu, ayrıca şehirde yaşayan kadınların fertilitite uyum düzeyi ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Primer infertil kadınların evlilik biçimi ve infertilite nedenleri ile FOU toplam puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), FertiQoL toplam puanı arasında ki ilişkinin ise ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) olduğu,
- Tanışarak/ flört ederek evlenen ve kadın faktörlü infertilite nedenine sahip olan kadınların fertilitite uyum düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu,
- Kadınların çalışma durumu, aile tipi ve eşinin ailesinden tepki görme durumu ile FOU toplam puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), eşinin tutumundaki değişim ile arasındaki ilişkinin ise ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) olduğu,
- Her hangi bir işte çalışan, çekirdek aile yapısına sahip, infertilite nedeniyle eşinin ailesinden tepki görmeyen ve eşinin tutumunda değişiklik olmayan kadınların fertilitite uyum düzeylerinin yüksek olduğu,
- Kadınların evlilik yılı ve tanı yılı ile FertiQoL toplam puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) olduğu, kadınların evlilik yılı ve infertilite tanı yılları azaldıkça yaşam kalitesi düzeylerinin yükselmekte olduğu,
- Primer infertil kadınların aldıkları tedavi ile FertiQoL toplam puanı, Çekirdek Modülü toplam puanı, Duygusal, Zihin-Beden, Sosyal, Tedavi Çevresi alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), İlişkisel alt boyut puanı ile arasındaki ilişkinin ise ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) olduğu,
- Hormon tedavisi alan kadınların yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğu, daha karmaşık tedavi yöntemlerine geçildikçe yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı,
- İnfertil kadınların psikolojik destek ihtiyacı ile Duygusal, İlişkisel ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) olduğu,
- Kadınlara psikolojik olarak destek olan kişi ile FertiQoL toplam puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) olduğu, eşlerinden destek gören kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Çalışmaya katılan primer infertil kadınların FOU puan ortalaması ile FertiQoL puan ortalaması arasında negatif yönde ve kuvvetli derecede ilişki ($r=0,702$ $p=0,000$)

olduğu, primer infertil kadınların fertilité uyum düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.

- Çalışmadan elde edilen sonuçlar;
- H₁: Primer infertil kadınlarda fertilité uyumu arttıkça, yaşam kalitesi artar,
- H₂: Primer infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri fertilité uyumunu etkiler,
- H₃: Primer infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri yaşam kalitesini etkiler,
- H₄: Primer infertil kadınların infertilite öyküleri fertilité uyumunu etkiler,
- H₅: Primer infertil kadınların infertilite öyküleri yaşam kalitesini etkiler hipotezlerini doğrulamaktadır.



7. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Çalışmalara kadınların eşlerini de dahil ederek cinsiyetler arası farklılıkları da ortaya koyabilme imkanı sağlanması,
- İnfertil çiftlerin duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarma imkanı sunması açısından nitel çalışmaların planlanması,
- Çiftlere bakım verecek hemşirelerin konu hakkında bilgi ve deneyimlerini arttırmaları için eğitim planlamaları yapılmalı, iletişim becerilerini geliştirmeleri sağlanmalı,
- Çiftlerin tanı ve tedavi aşamasındaki bilgi eksikliği ve psikolojik destek ihtiyacı giderilmeli, tedaviye uyumları sağlanmalı
- Çiftlerin infertilite tanısı aldıkları andan itibaren belirli periyodlarla tedaviye uyum ve yaşam kalitesi düzeyleri ölçülerek ihtiyaçları doğrultusunda planlamalar yapılmalı,
- İnfertil çiftlere bakım veren hemşirelerin eğitim düzeyi, gelir durumu, yaşanılan yer, evlilik biçimi ve infertilite nedeni gibi faktörlerin çiftlerin fertilitate uyum düzeylerini ve yaşam kalitesini etkilediğinin bilincinde olması ve bakım verirken bu hususlara dikkat etmesi önerilmektedir.
- Yeni yapılacak çalışmalarda izlem çalışması şeklinde periyodik aralıklarla çiftlerin fertilitate uyum ve yaşam kalitesi düzeyleri incelenebilir.

8. KAYNAKLAR

Aboulghar MA. The importance of fertility treatment in the developing world. *BJOG* 2005; 112(9): 1174–1176.

Algül Ö. İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Aydın, 2013, s. 92.

Arslan İ, Okumuş H. Psychometric properties of the Turkish version of the Fertility Adjustment Scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2016; 8(3): 224-231.

Arslan Özkan İ, Okumuş H, Buldukoğlu K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70(8): 1801-1812.

Arslan Özkan İ. Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin infertil kadınların, infertiliteden etkilenme durumlarına, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 2012, s. 178

Atay Y. İnfertilite tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitesi, ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2017, s. 83

Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 2: 81-85.

Aydın S, Kızılkaya Beji N. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanlığının rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013; 10(2): 8-13.

Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changae F, Almasian M, Badrizadeh A, Bastemi F, Ebrahimpzadeh F. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. *BMC Women's Health* 2019; 19(1): 114.

Bilgiç D, Özkan Aydın S, Kızılkaya Beji N. Bireylerin infertilite sorununa yönelik uyum düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2016; 2(3): 51-61.

Bilgiç D, Özkan Aydın S, Kızılkaya Beji N. Fertilitate Uyum Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2016; 2(3): 40-45.

Bodur N.E, oşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. **Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi** 2013; 38(1): 51-62.

Boivin J, Takefman J, Braverman A. Development and preliminary validation of the fertility quality of life (FertiQoL) tool. **Human Reproduction** 2011; 26(8): 2084–2091.

Bolsoy N, Taspınar A, Kavlak O, Şirin A. Differences in quality of life between infertile women and men in Turkey. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing** 2010; 39(2): 191-198.

Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser ER, Rosenwaks Z. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual and quality of life impact. **Fertility and Sterility** 2011; 95(2): 711-716.

etinbaş A, Dağdeviren H.N, Öztora S, aylan A, Sezer Ö. Doğurganlık sorunu yaşıyan kişiler için hayat kalitesi öleği'nin Türkçe versiyonunun iç güvenirlilik analizi. **Euras J Fam med** 2014; 3(2): 105-110.

Daniluk JC, Tench E. Long-Term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. **Journal of Counseling & Development** 2007; 85(1): 89-100.

Domar A, Clapp D, Slawsby E, Kessel B, Orav J, Freizinger M. The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. **Health Psychol** 2000; 19(6): 568-575.

Durgun Ozan Y. Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi. Doktora Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2013, s. 153

Durmazoğlu G. İnfertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2015, s. 112

Egelioğlu Cetişli N, Serçekuş P, Oğuz N. Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. **Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi** 2014; 16(3): 38-47.

Eğin A.E. İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon düzeyleri ile evlilik uyum düzeyleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2016, s. 103

Etişken Ayaltı E.D, Bayraktar S. İnfertil bireylerde travma sonrası gelişimi etkileyen faktörlerin incelenmesi. **International Journal of Social Sciences and Education Research** 2017; 3(4): 1216-1232.

Göker A, Yanıkkerem E, Birge Ö, Kuşçu NK. Quality of life in Turkish infertile couples and related factors. **Human Fertility** 2018; 21(3): 195-203.

Guideline. Infertility Clinical Guideline Standard Infertility Workup 2012.

Güle G, Hassa H, Yalın E.G, Yenilmez . Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. **Türk Psikiyatri Dergisi** 2011; 22(3): 166-76.

Güngör E. S, Seval O, İlhan G, Verit F.F. Effect of intrauterine insemination treatment on sexual function and quality of life for infertile women. **Pakistan journal of medical sciences** 2018; 34(4): 891–896.

ACOG committee opinion number 781, Infertility workup for the women's health specialist. **Obstet Gynecol** 2019; 133(6):377-384.

İslimye Taşkın M, Usta A, Cüce Ç, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. **Eur J Health Sci** 2016; 2(3): 79-84.

Kaba F. İnfertilite sorunu yaşayan kadınlarda cinsel işlev durumu ve çift uyumu düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, **İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2018, s. 72

Karabulut A, Özkan S, Oğuz N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 2013;170(1):193-197.

Karaca N, Karabulut A, Özkan S, Aktun H, Örengül F, Yılmaz R, Ateş S, Batmaz G. Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology** 2016; 206: 158–163.

Karaca A, Ünsal G. İnfertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 2015;12 (2): 126-132.

Keskin G, Babacan Gümüş A. İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. **Journal of Psychiatric Nursing** 2014; 5(1): 9-16.

Keskin G, Bilge A, Akmeşe Baykal Z, Saydam Karaca B. İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon, umutsuzluk ve evlilik uyumlarındaki değişimin değerlendirilmesi. **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi** 2012; 21(2): 53-60.

Keskin G, Gümüş BA. İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi** 2014; 5(1): 9-16.

Keramat A, Masoomi SZ, Mousavi SA, Poorolajal J, Shobeiri F, Hazavhei SM. Quality of life and its related factors in infertile couples. **J Res Health Sci** 2014; 14(1): 57-63.

Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N. İnfertilite ve kültür. **F N Hem Derg** 2011; 19(2): 109-115.

Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde psikososyal sorunlar. **Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar** 2013; 5: 162-178.

Kırço Çoban T, Dinç A. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. **International Journal of Clinical Research** 2013; 1(2): 46-53.

Kızılkaya Beji N, Kaya D. İnfertilitede birey-çift ve grup danışmanlığı. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 2012; 9 (3): 10-14.

Koca Çavdar N. İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesine ve benlik saygısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, **Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2017, s. 108.

Koçak D.Y, Büyükkayacı Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. **Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics** 2016; 2(3): 7-13.

Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry** 2011; 3(1): 67-99.

Kroemeke A, Kubicka E. Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: the impact of support exchange. **PloS One** 2018; 13(6).

Lee SH, Wang SC, Kuo CP, Kuo PC, Lee MS, Lee MC. Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. **Scand J Caring Sci** 2010; 24: 507- 513.

Mahajan NN, Turnbull DA, Davies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. **Hum Reprod** 2009; 24(4): 906-912.

Maroufizadeh S, Ghaheri A, Amini P, Umman Samani R. Psychometric properties of the fertility quality of life instrument in infertile Iranian women. **Int J Fertil Steril** 2017; 10(4): 371-379.

Monga M, Bogdan A, Katz S.E, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. **Urology** 2004; 63: 126-130.

Namavar Jahromi B, Mansouri M, Forouhari, S, Poordast T, Salehi A. Quality of life and its influencing factors of couples referred to an infertility center in Shiraz, Iran. **International journal of fertility & sterility** 2018; 11(4): 293–297.

Namdar A, Naghizadeh M.M, Zamani M, Yaghmaei F, Sameni M.H. Quality of life and general health of infertile women. **Health and quality of life outcomes** 2017; 15(1): 139.

Partovi Meran H.E, Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. **Androloji Bülteni** 2016; 18(64): 60–64.

Peyromusavi F, Barouni M, Naderi T, Shahravan A. Factors affecting response to infertility treatment: case of Iran. **Global Journal of Health Science** 2016; 8: 118-123.

Pınar G, Zeyneloğlu HB. Quality of life, anxiety and depression in Turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. **Int J Fertil Steril** 2012; 6: 1-12.

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

Sezgin H, Hocoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2014; 6 (2):165-184.

Sis Çelik A, Kırca N. Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2018; 21(2): 104-114.

Sünger B.B. Kadınlarda infertilitenin hayat kalitesine etkilerinin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Manisa, 2018, s. 69.

Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer infertil kadınlarda eşler arası uyumun incelenmesi. **F N Hem Derg** 2014; 22(1): 17-24.

Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, **Nobel Tıp Kitapevleri**, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, 2015, s. 208.

Taşçı KD, Özkan S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri. **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni** 2007; 6(3): 187-192.

Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11. Baskı, **Sistem Ofset Matbaacılık**, Ankara, 2012, s. 547.

Teimourpour, N., Besharat, M. A., Rahiminezhad, A., Hossein Rashidi, B., & Gholamali Lavasani, M. The mediational role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship of ego-strength and adjustment to infertility in women. **Journal of Family & Reproductive Health** 2015; 9(2), 45–50.

Teskereci G. İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, **Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Antalya, 2010, s. 84.

Tiyuri A, Vagharseyyedin S.A, Torshizi M, Bahramian N, Hajihosseini M. The persian version of Fertility Adjustment Scale: psychometric properties. **International Journal of Fertility & Sterility** 2018; 12(2): 130–135.

Topdemir Koçyiğit O. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. **İnsanbilim Dergisi** 2012; 1(1): 27-28.

TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018. **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2019, s. 32-54**

Uğur A.S. İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2014, s. 90.

Üner E. İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyi ve algıladıkları aile desteğinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2017, s. 101.

WHO. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology: **Fertil Steril** 2009; 92: 1520-1524.

World Health Organization (WHO). Mother or nothing: the agony of infertility. **bull world health organ.** 2010; 88: 881-882.

Verhaak CM, Smeenk MJ, van Minnen A, Kremer JAM, Kraaijmaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. **Hum Reprod** 2005; 20(8): 2253-2260.

Verhaak CM, Smeenk MJ, Nahuis MJ, Kremer JAM, Braat DDM. Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod* 2007; 22(1):305-308.

Yaylagülü N. İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2017, s. 108.

Yılmaz G. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ve yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 2012, s. 78.

Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *HSP* 2015; 2(1):100-112.

Younglai E.V, Holloway A.C, Foster W.G. Environmental and occupational factors affecting fertility and IVF success. *Hum Reprod* 2005; 11(1): 43-57.

Yumru A.E, Öndeş B. İnfertil çiftte yaklaşım ve in vitro fertilizasyona doğru hasta seçimi. *JAREM* 2011; 1: 57-60.

Zeren F. İnfertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Eskişehir, 2016, s. 113.

Zeren F, Gürsoy E. İnfertil çiftlerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019; 16(1): 68-72.

Zurlo MC, Cattaneo Della Volta MF, Vallone F. Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility. *Qual Life Res* 2018; 27(4): 945-954.

9. ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Denizli'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Denizli'de tamamladı. 2011 yılında Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nü kazandı. 2012 yılında yatay geçiş ile Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu'na geçiş yaptı, 2016 yılında bölüm birincisi olarak mezun oldu. 2017 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nı kazandı. 2017 yılında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Acil Serviste çalışmaya başladı, halen bu görevini sürdürmektedir.

10. EKLER



Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ (Çalışma grubu için)

“Primer İnfertil Kadınlarda Fertilitate Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmacının ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

İnfertilite tedavisi gören primer infertil kadınların fertilitate uyumlarının yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi sağlık personeli tarafından infertil kadınlara bakım verirken bu konuyu ele almaları ve bakımı bu yönde planlamaları açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde infertilite tedavisi alan kadınlara yönelik yapılan çalışmalarda direkt fertilitate uyumu ile ilgili çalışmalar yok denecek kadar azdır ve fertilitate uyumunun yaşam kalitesine etkisi araştırılmamıştır. Bu araştırmacının amacı primer infertil kadınlarda fertilitate uyumunun yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir. Araştırma tek merkezde gerçekleşecek olup, araştırmaya Denizli Devlet Hastanesi İnfertilite Merkezi'ne gelen primer infertilite tanısı almış, tedavisi devam eden 200 kadının alınması ön görülmüştür. Araştırma Eylül 2019 tarihine kadar devam edecektir.

- Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Bu araştırmada size sosyo-demografik özelliklerinize yönelik sorular içeren kişisel bilgi formu, fertilitate uyumunuzu belirlemek ve yaşam kalitenizin düzeyini ölçmek için iki farklı anket formu dağıtılacaktır. Sizden anket formunda yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız istenecektir. Sorulara cevap veremeyen yada eksik cevap veren gönüllü katılımcı araştırmaya dahil edilmeyecektir.

- Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

İnfertilite tedavisi gören primer infertil kadınların fertilitate uyumlarının yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi sonucunda etki eden faktörlerin belirlenerek sağlık personeli tarafından dikkate alınması ve bakım verirken bu konuyu ele almaları açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Yapılan literatür çalışmasında ülkemizde infertilite tedavisi alan kadınlara yönelik yapılan çalışmalarda direkt fertilitate uyumu ile ilgili çalışmalar yok denecek kadar azdır ve fertilitate uyumunun yaşam kalitesine etkisi araştırılmamıştır. Bu açıdan literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır. Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlanması söz konusu değildir. Çalışmaya katılan bireyler tedavi seyrinin değiştirilmesini beklememelidir.

- Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmacınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacınız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle

ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI :
GÖREVİ :
TELEFON :

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Pamukkale Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında, yüksek lisans öğrencisi olan Aysun ÖZEL HATİPOĞLU tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek-2. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;
'Primer İnfertil Kadınlarda Fertilité Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisinin incelenmesi' konulu bir araştırma yapmaktayız. Çalışma sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları atlamadan cevaplayınız. Sorularımıza verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim durumunuz:
 - a) Okur- yazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
 - g) Lisansüstü
3. Çalışıyor musunuz?
 - a) Evet ise mesleğinizi belirtiniz
 - b) Hayır
4. Sosyal güvenceniz:
 - a) Emekli sandığı
 - b) SSK
 - c) Bağkur
 - d) Özel sigorta
 - e) Sağlık güvencem yok
5. Gelir durumunuz:
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere denk
 - c) Gelir giderden fazla
6. En uzun süre yaşadığınız yer:
 - a) Köy
 - b) Kasaba
 - c) İlçe
 - d) Şehir
7. Evlilik biçiminiz nasıldır?
 - a) Görücü usulü/ istemeden
 - b) Görücü usulü/ isteyerek
 - c) Tanışarak/ flört ederek
8. Aile tipiniz nedir?
 - a) Çekirdek aile
 - b) Eşimin ailesi ile birlikte yaşıyoruz
 - c) Kendi ailem ile birlikte yaşıyoruz

9. Evlilik yılı:

- a) 1-5 yıl b) 6- 10 yıl c) 11-15 yıl d)16-20 yıl e) 20 yıl üstü

10. Ne kadar süredir çocuğunuz olmuyor?(tanı yılı)

11. Çocuk sahibi olamamanızın nedeni kimden kaynaklanmaktadır?

- a) Benden kaynaklanıyor d) Hem benden hem eşimden kaynaklanıyor
b) Eşimden kaynaklanıyor e) Diğer.....
c) Nedeni bilinmiyor

12. Aldığınız infertilite tedavisi nedir?

- a) Aşılama d) Aşılama + hormon + tüp bebek
b) Hormon e) Aşılama + varikosel
c) Aşılama + hormon f) Diğer

13. Çocuk sahibi olamadığınız için eşinizin tutumunda değişiklik var mı?

- a) Hayır b) Evet ise belirtiniz

14. Çocuk sahibi olamadığınız için eşinizin ailesinden tepki var mı?

- a) Hayır b) Evet ise belirtiniz

15. İnfertilite sorunu nedeniyle psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet ise belirtiniz

16. İnfertilite sorunu nedeniyle psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyorsanız, destek ihtiyacınız kim tarafından karşılanıyor?

- a) Doktor d) Ailem (anne, baba)
b) Hemşire e) Diğer.....
c) Eşim

Ek-3. Fertilitte Uyum Ölçeği [Fertility Adjustment Scale (FUO)]

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum Kesinlikle	Katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	
1. Çocuğumun olup olmayacağı kesin belli olana kadar gelecek hakkında plan yapamam							
2. Çocuk sahibi olmama ihtimali konusunda* eşimle/partnerimle konuşabilirim							
3. Yaşamımda bir çocuğumun olmasını her şeyden daha çok istiyorum							
4. Gelecekte çocuksuz bir yaşam olasılığına karşı planlar yaptım*							
5. Aydan aya yaşıyormuşum gibi geliyor							
6. Eğer kendi çocuğumu doğuramazsam her zaman başarısız olduğumu hissedeceğim							
7. Çocuksuz bir yaşantıya uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum*							
8. Normal bir yaşam sürdürdüğüme inanıyorum*							
9. Çocuksuz bir yaşam düşünemiyorum							
10. Çocuklu ya da çocuksuz olsun yaşamın değerli olduğunu düşünüyorum*							

Ek-4. FertiQoL (Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği)

Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir fakat bu sorular hayatınızın tüm alanların değerlendirebilmek için gereklidir. Lütfen yıldız (*) işaretli maddeleri yalnızca bir çift içindeyseniz cevaplayınız değerlendirebilmek için gereklidir. Lütfen yıldız (*) işaretli maddeleri yalnızca bir çift ilişkisi içindeyseniz cevaplayınız.

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Çok kötü	Kötü	Ne iyi ne kötü	İyi	Çok iyi
A	Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
B	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Tamamen	epeyce	ortalama	biraz	hiç
Q 1	Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştirmediğinizi düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 4	Doğurganlık sorunlarınızla baş edebildiğinizi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
Q 5	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q 6	Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Q 7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q 11	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 12	Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 14	Ailenizin, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	Çok	Ortalama	Biraz	Hiç
*Q15	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkeliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İsteğe bağlı Tedavi Modülü

Doğurganlık tedavisine (her türlü tıbbi muayene veya müdahale dahil olmak üzere) başladınız mı?

Başladıysanız lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz.

Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz.

Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir.

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	çoğu zaman	bazen	nadiren	hiçbir zaman
T1	Kısırlık tedavisi ruh hâlinizi olumsuz etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	İsteddiğiniz tedavi hizmetleri size sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
T3	Doğurganlık sorunlarıyla ilgili tedavinizdeki işlemler ve/veya ilaçları kullanmak karmaşık geliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Tedavinin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesin- den rahatsız mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığınızı anladığını hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Doğurganlık ilaçlarının ve tedavinin fiziksel yan etkileri sizi rahatsız ediyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek- 5. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/06/2018-E.44420



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/44420
Konu :Başvurunuz hk.

28/06/2018

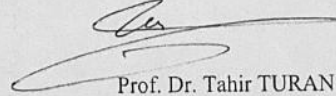
Sayın Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN

İlgi :07.06.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Primer İnfertil Kadınlarda Fertilité Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**" konulu çalışmanız **26.06.2018 tarih ve 13 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek- 6. Kurum İzni

DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ile Hemşire Aysun ÖZEL arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:
Denizli Devlet Hastanesinde

Çalışmanın Adı: "Primer İnfertil Kadınlarda Fertilitte Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Hemşire Aysun ÖZEL

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Denizli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personeline de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel yada yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması ve Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyeti Yönetmeliği çerçevesinde ve kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak kullanılması gerekmektedir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumumuzda 1 yıl süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** 03 Eylül 2018 /**Bitiş** 03 Eylül 2019
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:


Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Denizli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

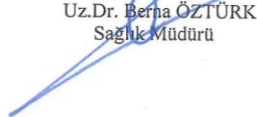
Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Denizli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve ceza müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

...../...../2018
Aysun ÖZEL
Hemşire



OLUR
...../...../2018
Uz.Dr. Berna ÖZTÜRK
Sağlık Müdürü



...../...../2018
Uz. Dr. İbrahim EMREOĞLU
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı



Ek-7. Fertilite Uyum Ölçeği Kullanım İzni

25.11.2019

Posta - Aysun ÖZEL - Outlook

Re: Fertilite Uyum Ölçeği

Semiha aydın <semihaaydin44@gmail.com>

27.05.2018 Paz 10:50

Kime: Aysun ÖZEL <aysunozel20@hotmail.com>

2 ek (296 KB)

FERTİLİTE UYUM ÖLÇEĞİ GEÇERLİK GÜVENİRLİĞİ.pdf; FERTİLİTE UYUM ÖLÇEĞİ.docx;

İyi akşamlar Aysun Hanım elbette kullanabilirsiniz memnuniyet duyarız. Makale, Ölçek maddeleri ve hesaplamayı ekte gönderiyorum
İyi çalışmalar dilerim

23 Mayıs 2018 09:19 tarihinde Aysun ÖZEL <aysunozel20@hotmail.com> yazdı:

Sayın hocam,

Ben Pamukkale Üniversitesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Fertilite Uyum Ölçeği" ile ilgili makalenizi okudum. Ölçeğinizi tez çalışmamda kullanmak istiyorum. İzin verirseniz çok memnun olurum. İzin vermeniz durumunda ölçeği ve nasıl analiz etmem gerektiğinin bilgilerini tarafıma gönderir misiniz?

İyi çalışmalar diliyorum.

Saygılarımla.

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin

--

Yard.Doç.Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN

Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

Adıyaman Türkiye

0416 223 3003/1655