



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**İNFERİLİTE TEDAVİSİ ALAN ÇİFTLERDE, ÇİFT
UYUMUNUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arş. Gör. FATMA ZEREN

DANIŞMAN

Doç. Dr. ELİF GÜRİSOY

2016



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**İNERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN ÇİFTLERDE, ÇİFT
UYUMUNUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arş. Gör. FATMA ZEREN

DANIŞMAN

Doç. Dr. ELİF GÜR SOY

KABUL VE ONAY SAYFASI

Arş. Gör. Fatma ZEREN' in Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerde Çift Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" edilmiştir.

Tarih
08/ 09/ 2016

Üye: Doç. Dr. Elif GÜRSOY (Danışman)



Üye: Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN



Üye: Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER



Üye: Doç. Dr. Ertuğrul ÇOLAK

Üye: Yrd. Doç. Dr. Fatma KARADAĞ BAŞAR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 09/09/2016 tarih ve 1102/521 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Sağ. Bil. Enst. Müdürü



ÖZET

Amaç: Bu çalışma, infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerde çift uyumu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: 15 Mart- 6 Haziran 2016 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışma; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Hikmet Hassa Üreme Sağlığı Merkezi'ne başvuran, daha önceden infertilite tanısı alan ve çocuk sahibi olma arayışında bulunan 213 kadın ve 209 erkek katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Veri toplamada; araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan 30 soruluk anket formu, çift uyumunu değerlendirmek için Çiftler Uyum Ölçeği ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla FertiQol Ölçeği kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SAS (Statistical Analysis Software- İstatistik Analiz Yazılımı) programı kullanılarak hesaplanmıştır.

Bulgular: Olguların %72.7'sinin 35 yaş ve altında, %74.7'sinin lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu, %61.1'sinin gelir durumunun orta, %39.3'ünün işçi, kadınların %59.2'si ev hanımı, %53.8'inin 5 yıl ve altında evli olduğu ve %73.2'sinin tanışarak evlilik yaptığı saptanmıştır. İnfertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin %62.8'inin infertilite süresinin ve %84.1'inin tedavi süresinin 5 yıl ve altında olduğu, %44.7'sinin açıklanamayan infertilite tanısı aldığı, %50.5'inin evlat edinmeyi düşünmediği ve %91.0'ünün ise yumurta ya da sperm bağışını kabul etmeyeceği belirlenmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde; cinsiyetin ve evlilik biçiminin çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir durumunun ise sadece; çift uyumu üzerinde etkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çift uyumu ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Eğitim ve gelir durumu ile yaşam kalitesi, evlilik biçimi ve gelir durumu ile yaşam kalitesi arasındaki çoklu karşılaştırmada anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmanın geneline bakıldığında; erkeklerin çift uyumunun ve yaşam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çift uyumu ile yaşam kalitesi arasında beklenenden daha yüksek oranda pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu ve evlilik biçiminin çift uyumuna etki eden en önemli faktör olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar göz önünde tutularak; infertilite tedavisi öncesinde ya da tedavi sırasında psikolojik danışmanlık ya da ihtiyaçlar doğrultusunda eğitimlerin verilmesi ile çiftlerin özellikle kadınların daha olumlu bir tedavi süreci geçirmeleri ve bu süreçte çiftlerin birbirlerine olan desteklerinin önemini vurgulanması ile çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki yaratılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, çift uyumu, yaşam kalitesi

SUMMARY

Aim: This study has been made with purpose of evaluation of the harmony between the couples that are treated with infertility and determining the factors that effect on life quality and the effect of harmony between couple on life quality.

Material and Method: This study was conducted from April to June in 2016 as descriptive and sectional. A group of people, 213 women and 209 men, with previously diagnosed either primarily or secondary and visited the Prof. Dr. Hikmet Hassa Reproductive Health Center in the University of Osmangazi contributed to the work. A 30-question questionnaire including the basic literature, double-assess the compliance to the Dyadic Adjustment and the FertiQol scale in order to assess the quality of life scale was used as data collection form. The data were collected using face-to-face interview method by the researcher. The accuracy of data obtained was tested using Statistical Analysis Software (SAS) tool.

Results: It is found in terms of percentage that 72.7% of the cases with people less than 35. years old, 74.7% with well-educated people at least high-school degree, 61.1% with people having moderate income, 39.3% with worker, women 59.2% with housewife, 53.8% with couples married less than 5 years and 73.2% with people married after a sufficient time for meeting each other. Other findings are: 62.8% of men and women taking the infertilitate treatment have less than 5-year period of the infertilitate, 84.1% with a maximum of 5 years treatment duration, 44.7 with an unknown infertilitate diagnosis, 75.6% feeling pressure because of the not having a baby, 75.8% hiding the fact that they cannot have a baby, 95.5% thinking not to divorce, 50.5% thinking not to adopt a child and 91% thinking not to accept any sperm donation. The gender has a statistical impact on dyadic adjustment and life-quality ($p < 0.05$). The level of income has a significant influence on the dyadic adjustment and the type of the marriage has an effect on both dyadic adjustment and life-quality ($p < 0.05$). A statistical high-level positive effect was observed between average points of the dyadic adjustment and life-quality ($p < 0.001$). The level od education, income and type of the marriage exhibit an influence on the life-quality ($p < 0.05$).

Conclusion: In general, men have much better life-quality and diyadic adjustment than women. Dyadic adjustment between quality of life is determined to be higher than expected positive relationship. A income status and form of marriage it has been revealed that dyadic adjustment is the most important factor that affect. In order to help women during the infertilitate treatment, a psychological support would be beneficial which results in women having more efficient treatment. Also, supporting each other in couple is a significant issue which should be advised to couples through appropriate education sessions.

Keywords: infertility, dyadic adjustment, quality of life

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	iv
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ŞİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnfertilite	5
2.1.1. İnfertilitenin Tanımı	5
2.1.2. İnfertilite Prevalansı (Görülme Sıklığı)	6
2.1.3. İnfertilite Nedenleri	7
2.1.3.1. Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	8
2.1.3.2. Erkekde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	9
2.1.3.3. İnfertiliteye Neden Olan Ortak Faktörler.....	11
2.1.3.4. Açıklanamayan İnfertilite.....	13
2.1.4. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi	14
2.1.4.1. İnfertilitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri.....	15
2.1.5. İnfertilitenin Tedavisi	18
2.1.5.1. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT).....	19
2.1.6. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri	23
2.1.7. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri	24
2.1.8. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkileri.....	25
2.1.9. İnfertilitenin Kadın ve Erkek Üzerindeki Etkileri	27
2.2. İnfertilite ve Çift Uyumu	28
2.3. İnfertilite ve Yaşam Kalitesi	29
2.4. İnfertil Çifte Hemşirelik Yaklaşımı	33
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	36
3.1. Araştırmanın Şekli	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	36
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	36
3.3.3. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri	38
3.4. Verilerin Toplanması	40
3.4.1. Veri Toplama Araçları	40
3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanma Şekli	45
3.6. Verilerin Analizi	47
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	47

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	47
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA.....	71
5.1. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	72
5.2. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Çift Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması....	74
5.3. Katılımcıların Eğitim, Gelir Durumu ve Evlilik Biçimi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması.....	77
5.4. Çift Uyum İle Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	78
5.5. Çift Uyum ve Yaşam Kalitesinin Alt Boyutlarına Ait Bulguların Tartışılması.....	79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	83
8. EKLER DİZİNİ.....	99
9. Özgeçmiş.....	112

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1: Erkek İnfertilitesinin Nedenleri.....	9
Tablo 2.2: DSÖ Semen Parametreleri.....	15
Tablo 3.3. Araştırma Planı ve Takvimi.....	39
Tablo 3.4. FertiQol Ölçeğinin Maddelere Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4.1.a. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	49
Tablo 4.1.b. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin İnfertilite Yaklaşımlarının Dağılımı.....	50
Tablo 4.2.a. Cinsiyet ve Yaşın Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	51
Tablo 4.2.b. Cinsiyet ve Yaşın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	52
Tablo 4.3.a. Eğitim Durumunun Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	53
Tablo 4.3.b. Eğitim Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	53
Tablo 4.4.a. Gelir Durumunun Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	54
Tablo 4.4.b. Gelir Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	55
Tablo 4.5.a. Meslek Durumunun Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	55
Tablo 4.5.b. Meslek Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	56
Tablo 4.6.a. Evlilik Biçiminin Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	56
Tablo 4.6.b. Evlilik Biçiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	57
Tablo 4.7.a. Tedavi Süresinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	58
Tablo 4.7.b. Tedavi Süresinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	58
Tablo 4.8.a. İnfertilite Süresinin Çift Uyumu Üzerine Etkileri.....	59
Tablo 4.8.b. İnfertilite Süresinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	59

Tablo 4.9.a. Evlilik Süresinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	60
Tablo 4.9.b. Evlilik Süresinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	60
Tablo 4.10.a. İnfertilite Tipinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	61
Tablo 4.10.b. İnfertilite Tipinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	61
Tablo 4.11.a. Çocuğu Olmadığı İçin Kendini Baskı Altında Hissetmenin Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	62
Tablo 4.11.b. Çocuğu Olmadığı İçin Kendini Baskı Altında Hissetmenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	62
Tablo 4.12.a. Çocuğunun Olmadığını Yakın Çevresinden Saklamanın Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	63
Tablo 4.12.b. Çocuğunun Olmadığını Yakın Çevresinden Saklamanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	63
Tablo 4.13.a. Çocuğu Olmadığı İçin Eşinin Boşanmayı Düşünmesinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	64
Tablo 4.13.b. Çocuğu Olmadığı İçin Eşinin Boşanmayı Düşünmesinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	64
Tablo 4.14.a. Evlat Edinmeyi Düşünmenin Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	65
Tablo 4.14.b. Evlat Edinmeyi Düşünmenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	65
Tablo 4.15.a. Yumurta Bağışı Ya da Sperm Bağışı Kabul Etmenin Çift Uyumu Üzerine Etkisi.....	66
Tablo 4.15.b. Yumurta Bağışı Ya da Sperm Bağışı Kabul Etmenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	66
Tablo 4.16. Eğitim ve Gelir Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	67
Tablo 4.17. Evlilik Biçimi ve Gelir Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	68
Tablo 4.18. ÇUÖ ve FertiQol Ölçeğinin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	69

Tablo 4.19. FertiQol Ölçeği ve UÖ Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular.....70



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Çift Uyumu ve Yaşam Kalitesinin Korelasyon İlişkisi.....	38
Şekil 3.2. FertiQol Ölçeği.....	44
Şekil 3.3. Araştırmanın Veri Toplama Akış Şeması.....	46



SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
PID	:	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
FSH	:	Folikül Uyarıcı Hormon
LH	:	Lüteinizan Hormon
OAT	:	Azospermi veya Aşırı Oligo-Asteno-Teratozoospermi
DNA	:	Deoksiribo Nükleik Asit
PCT	:	Postkoital Test
USG	:	Ultrasonografi
HSG	:	Histerosalpingografi
YÜT	:	Yardımcı Üreme Teknikleri
IVF-ET	:	İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi
ART	:	Assisted Reproductive Techniques
IUI	:	İntrauterin İnseminasyon
GIFT	:	Gamet Intra-Fallopian Transfer
ZIFT	:	Zigot Intra-Fallopian Transfer
TET	:	Tubal Embriyo Transferi
ICSI	:	İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
POST	:	Peritoneal Oosit Sperm Transferi
MESA	:	Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu
TESA	:	Testiküler Sperm Aspirasyonu
SUZİ	:	Subzonal Sperm Enjeksiyonu
PZD	:	Parsiyel Zona Diseksiyonu
ÇUÖ	:	Çiftler Uyum Ölçeği
FertiQol	:	Fertility Quality of Life Questionnaire
SAS	:	Statistical Analysis Software

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocuk sahibi olmak insanoğlunun varlığından beri yaşamın önemli bir parçası olmuştur. Ebeveynlik ve çocuk sahibi olmak, evrensel olarak yetişkinlikte yaşamın bir parçası olmuş ve en çok istenen amaçlardan arasında yer almıştır (Begum & Hasan 2014, Johansson M. ark. 2010). Birçok toplumda çocuk sahibi olmak önemli sosyal ve kültürel bir değer olarak düşünülür (Direkvand-Moghadam ark. 2014). Dünya çapında birçok toplumda çocuk sahibi olmak aynı zamanda çiftler için sosyal saygınlık olarak kabul edilmekte, gebeliğin olmaması aşağılayıcı/utandıran bir durum olarak algılanmaktadır (Karabulut et al 2013).

Aile içinde çocuk isteme sebebine yönelik yapılan çalışmalarda; sevgi, mutluluk, annelik içgüdüleri ilk sıralarda yer alırken; ikinci sırada evliliğin sürdürülmesi yer almaktadır. Kadınlarda çocuk istemi ön planda yer alırken; erkeklerde daha çok ebeveyn olarak sosyal baskıya ait yaptırımın zorlayıcılığı daha ön planda yer almaktadır. İsveç'te çocuk sahibi olmaya yönelik yapılan bir çalışmada; kadınların dile getirdiği en sık sebep eşler arasındaki sevgi göstergesi iken; bu durum erkekler için, aileye yeni bir üyenin katılması ve çocuğun yaşamın esas anlamı olmasıdır (Laos'dan Aktaran Sezgin & Hoccoğlu 2014).

Evli bir çift istediği halde toplumun beklentisini yerine getiremediğinde "aile olma" rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olmaktadır. Çiftlerin üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri; çiftlerde başarısızlık, yetersizlik duygularına neden olmaktadır. Çünkü toplumumuzda çocuk sahibi olmak psikolojik, ekonomik, sosyal boyutları olan genellikle tercih edilen bir olgudur. Eşler arasındaki sevgi her ne kadar derin ve güçlü olursa olsun, çocuk sahibi olamamak onları çoğu kez mutsuzluğa itmektedir (Aydın & Kızılkaya-Beji 2013, Kırca & Pasinlioğlu 2013).

İnfertilite; biyolojik, psikolojik, sosyal, etik ve ekonomik sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir sorundur (Aşçı & Kızılkaya-Beji 2012, Karabulut et al 2013). Çok yönlü bir sorun olan infertilitenin bugün için tüm dünyada yaklaşık 50-80 milyon çifti etkilediği tahmin edilmektedir (Bodur ark. 2013). Bir başka deyişle dünyada ortalama her 10 kadından biri, Türkiye'de ise evli her 6 kadından biri bu sorunu yaşamaktadır. Sadece kadınlar değil, onların aileleri, eşleri, eşlerinin aileleri ve yakın çevrelerindeki birçok kişi de aynı sorundan etkilenmektedir. Tüm bunlar

hesaba katıldığıında infertilitenin etki alanı katlanmakta ve bu sorunun, önemli bir nüfusu etkilediği ortaya çıkmaktadır (Topdemir-Koçyiğit 2012).

Kadın ve erkeğin çocuksuzluğa yönelik tepkileri bireysel farklılıklar göstermektedir. Kadın yönünden; doğuramama, annelik içgüdüsünün doyurulamaması, kendini toplumdan dışlanmış hissetme, değersiz ve yalnız hissetme, yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması ve sosyal rol eksikliği olarak algılanmaktadır. Çocuksuzluk erkek yönünden ise; doğurtamama, babalık içgüdüsünün doyurulamaması, yalnız kalma korkusu, soyunu devam ettirememeye ve sosyal güvence eksikliği olarak görülmektedir (Sezgin & Hoccoğlu 2014). Sonuçta bu durum; eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek ile ilgili planlarını, benlik saygılarını, beden imgelerini etkileyerek yaşam kalitelerinin düşmesine yol açmaktadır (Aydın & Kızılkaya-Beji 2013, Kırca & Pasinlioğlu 2013).

Genel olarak konuyla ilgili literatür incelendiğinde birçok çiftin infertiliteyi yaşamlarının en büyük krizi olarak tanımladıkları görülmüştür (Karaca & Ünsal 2012). Bu kriz çiftler için, hem bireysel hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken bir durum haline gelmektedir (Özçelik ark. 2007). Audu 2002 yılında yaptığı çalışmasında infertilitenin evlilik ilişkisini olumsuz etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmiştir (Audu 2002). Çoğu infertil çift, tıbbi tedavi görmekte, tedavi sürecine ilgi gösterme ve para harcama ile ilişkili olarak çatışma ve uzlaşmazlıklar yaşamaktadır (Braverman 2004). İnfertilite süresi uzadıkça, eşlerin birbirini suçlaması artmakta ve evlilik uyumundaki bozulma belirginleşmektedir. İnfertilitenin çift uyumunu olumsuz etkilemesi nedeniyle eşler tarafından terk edilmeye, boşanmalara (Karaca & Ünsal 2012, Kılıç ark. 2011), aile içi şiddete (Yeşiltepe-Oskay 2009, Yıldızhan ark. 2009), anksiyete ve depresyonu artırdığına (Gourounti et al 2012) neden olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Bunlar doğrultusunda çift uyumu bozulmakla beraber yaşam kalitesinin de bozulmasına yol açmaktadır (Sezgin & Hoccoğlu 2014).

İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde, erkek ve kadın açısından farklılıkların olduğu belirlenmiştir (Monga et al 2004). Çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha düşük evlilik uyumu ve yaşam kalitesi bildirdikleri; erkeklerin ise kadınlara göre anlamlı olarak daha az stres yaşadığı, kendilerine güvenlerinin daha yüksek olduğu, evlilik ve cinsel doyumlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Monga et al 2004). Bu çalışmadan farklı olarak; kadınların evlilik doyumlarını ve infertilitenin evlilik üzerine olan olumlu etkilerini daha yüksek bildirdikleri çalışmalar da bulunmaktadır (Schmidt et al

2005). Taşçı ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları çalışmanın sonucunda; infertil kadınların evlilik uyumlarının yüksek olduğu saptanmışken (Taşçı ark. 2008), Lee ve arkadaşının 2000 yılında yaptığı çalışmada kadınların evlilik uyumunun erkeklerden daha kötü olduğunu bildirilmiş (Lee & Sun 2000), Güleç ve arkadaşlarının 2011'de yaptıkları çalışmada ise çift uyumunun genel değerlendirilmesinde erkekler ve kadınlar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır (Güleç ark. 2011).

Arslan ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmada, erkeklere oranla infertil kadınların yaşam kalitesinde daha belirgin azalmalar olduğunu belirtirken (Arslan ark. 2008); Sezgin ve Hoccoğlu 2014 yılında yaptıkları çalışmada infertilitede sorumluluğu daha fazla yüklenen kadın eşte yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir (Sezgin & Hoccoğlu 2014). Chachamovich'in ve arkadaşları 2009'da yaptıkları "infertil kadın ve erkeklerde yaşam kalitesinin uyumu: çifte dayalı bir çalışmadan bulgular" adlı çalışmanın sonucunda ise yaşam kalitesi puanlamasının çiftler arasında dikkate değer şekilde farklı olmadığını, kadın ve erkeğin yaşam kalitesinin benzer şekilde etkilendiğini ortaya koymuştur (Chachamovich et al 2009).

İnfertilite sorununu yaşayanlar için bu durum, yaşamlarındaki en zor ve en sıkıntılı deneyim halini almaktadır (Gürhan ark. 2008). Stewart ve Robinson yaptıkları çalışmada, erkeklerin %15'inin, kadınların %50'sinin infertiliteyi yaşamlarının en üzücü olayı olarak tanımladıklarını belirtmiştir (Stewart ve Robinson'dan Aktaran Kırca & Pasinlioğlu 2013). İnfertilitenin bedensel sağlıktan çok toplumsal ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkileri meydana gelmektedir. İnfertil çiftlere verilen sağlık hizmetinde, içinde buldukları psikososyal durumun tanınması ve gerekli girişimlerin yapılması, bütüncül sağlık bakımı verilmesinde oldukça önem taşımaktadır (Yeşiltepe-Oskay 2009). Bu aşamada infertilite hemşireleri yaşanan stresin azaltılmasında kilit rol üstlenmekte ve infertil çiftler için anahtar bilgi kaynağı olmaktadır (Güngör & Kızılkaya- Beji 2015). İnfertilitenin emosyonel yönü sıkıntı verici olduğundan dolayı baş etmesi hem sağlık personeli hem de bireyler için zordur. Hemşire infertil bireyin duygusal durumunu anlayıp yardım edebilecek ve onlarla en sık karşılaşan sağlık personelidir. Bu nedenle hemşire, danışmanlık işlevi ile bu yardımın verilmesinde önemli bir yere sahiptir (Yeşiltepe-Oskay 2009).

Yapılan literatür taraması doğrultusunda; doğurganlık sorunu yaşayan çiftlerde çift uyumunun (Bayram 2009, Bodur ark. 2013, Eren 2008, Keskin ark. 2012, Şen ark. 2014) ve yaşam kalitesinin (Belen 2012, Karabulut et al 2013, M. Heredia et al 2013, Pei-Yang Hsu et al 2013, Smith et al 2015)

değerlendirildiği çalışmalara rastlanmıştır. Fakat infertilite tedavisi alan erkek ve kadını birlikte ele alan ve çift uyumunun bireyin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu nedenle bu çalışma ile bu konudaki eksikliğin giderilerek, sonraki çalışmalara zemin oluşturacağı, elde edilecek bulguların sağlık literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Çalışma sonuçlarının, infertil çiftlere tedavi öncesinde ya da tedavi sırasında psikolojik danışmanlık ya da eğitim verilmesinin yanısıra infertil çiftlerin beklentilerine cevap verilmesi, çiftlerin daha olumlu bir tedavi süreci geçirmeleri ve bu süreçte çiftlerin birbirlerine olan desteklerinin öneminin vurgulanması açısından önem taşıyacağı düşünülmektedir. Çalışmamız Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Hikmet Hassa Üreme Sağlığı Merkezi'ne başvuran evli ve çocuk sahibi olma arayışında olan 200 erkek ve 200 kadının tedavi süresince çift uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. İnfertilite tedavisi alanlarda çift uyumunu etkileyen faktörler nelerdir?
2. İnfertilite tedavisi alanlarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Çift uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerde cinsiyet açısından farklılık var mıdır?
4. İnfertilite tedavisi alanlarda çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi var mıdır?
5. İnfertilite tedavisi alanlarda çift uyumunun cinsiyetler açısından alt boyutları arasında farklılık var mıdır?
6. İnfertilite tedavisi alanlarda yaşam kalitesinin cinsiyetler açısından alt boyutları arasında farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

İnfertilite, dünya çapında toplumsal bir hastalık ve sağlık sorunu olarak kabul edilmekte (Arslan-Özkan 2012) ve doğurganlık çağında olan 6 çiftten birini etkileyen önemli bir sorun olarak görülmektedir (Kızılkaya-Beji & Kaya 2012). Çiftlerin %20-25'inin düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen birinci yılın sonunda çocuk sahibi olamadıkları görülürken, bu oran ikinci yılın sonunda %10-15 düzeylerine kadar gerilemektedir (Erdemir F. & Kılıç Ş. 2011). Ciddi bir toplumsal sorun haline gelen infertilite, genel olarak şu başlıklar halinde ele alınmıştır;

- İnfertilite
 - ✓ İnfertilitenin Tanımı
 - ✓ İnfertilite Prevalansı (Görülme Sıklığı)
 - ✓ İnfertilite Nedenleri
 - ✓ İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi
 - ✓ İnfertilitenin Tedavisi
 - ✓ İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri
 - ✓ İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri
 - ✓ İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkileri
 - ✓ İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerindeki Etkileri
- İnfertilite ve Çift Uyumu
- İnfertilite ve Yaşam Kalitesi
- İnfertil Çifte Hemşirelik Yaklaşımı

2.1.1. İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenli (haftada 2-3 kez) ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen en az 1 yıllık süre içerisinde gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (Allan & Mounce 2015, Kahyaoglu-Sut & Balkanlı-Kaplan 2015, Mengeot & Vogel 2008, Peyromusavi et al 2016).

İnfertilite ile ilgili genel tanımlar şu şekilde sıralanabilir; primer infertilite, sekonder infertilite, fekundabilite, sterilite ve subfertilite.

Primer infertilite, çiftin en az 12 ay boyunca düzenli (haftada 2-3 kez) ve korunmasız cinsel ilişkide bulunmasına rağmen, hiç gebelik oluşmaması olarak tanımlanır (Kırço 2009, Yılmaz 2012).

Sekonder infertilite, çiftin canlı/ölü doğum, erken doğum, ektopik gebelik ya da düşükle sonuçlanmış bir ya da daha fazla gebelik öyküsünün olması, ancak daha sonra 12 ay boyunca korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına karşın gebelik oluşmamasıdır (Kırço 2009, Yılmaz 2012).

Fekundabilite (fekondite-gebe kalabilirlik); herhangi bir kontraseptif önlem almadan düzenli cinsel ilişkide bulunan sağlıklı çiftlerde bir adet dönemi içerisinde gebe kalabilme ihtimalidir. Sıklıkla infertilite tedavisi başarı oranlarının tanımlanmasında kullanılır. Normal çiftlerde fekundabilite oranı %20-25 olarak tahmin edilmektedir (Arslan-Özkan 2012, Erdem 2012).

Sterilite, konsepsiyon veya gebeliğin gerçekleşmediği ve çocuk olmanın mümkün olmadığı durumlardır (Hotun-Şahin & Bilgiç 2015).

Subfertilite, eşlerden birinin ya da her ikisinin fertilitatesinin azalmasına bağlı olarak çocuk sahibi olamamalarıdır (Hotun-Şahin & Bilgiç 2015).

2.1.2. İnfertilite Prevalansı (Görülme Sıklığı)

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre infertilitenin toplumdaki sıklığı %10-15 arasında kabul edilmektedir (Direkvand-Moghadam et al 2014, WHO 2010). Başka bir deyişle infertilite, tüm dünyada 50-80 milyon kadını etkilemektedir (Bodur ark. 2013, Sezgin & Hocoğlu 2014, Topdemir-Koçyiğit 2012).

İnfertilitenin görülme sıklığı, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmektedir (Hongxia et al 2014). Dünya çapında infertilite prevalansını belirlemek için 2007 yılında 25 ülkeden 172.413 kadınla yapılan bir araştırmada infertilite prevalansının gelişmiş ülkelerde %3.5 ile %16.7 aralığında olduğu, az gelişmiş ülkelerde ise %6.9 ile %9.3 aralığında olduğu belirtilmiştir (Balen 2008).

Dünya doğurganlık araştırmasına göre; 40-49 yaş grubunda olan çocuksuz kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1.3), Ürdün (%2.2) ve Suriye (%2.9)'dir. Buna karşılık özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite hızları izlenmektedir. Örneğin Zaire'de (yeni adıyla Kongo Demokratik Cumhuriyeti) Mbelo'da 45-49 yaşındaki kadınların %65'i çocuksuzdur (Taşkın ve Atasu'dan aktaran Kırca & Pasinlioğlu 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık bakımı uygulayıcıları, infertilite insidansının %15 olduğunu belirlerken (Kırca & Pasinlioğlu 2013, Mengeot & Vogel 2008, Oltuluoğlu ark. 2014), 6.8 milyon kadını ve bununla birlikte hem kadını hem de erkeği etkilediğini (Statement 2014), 2008 yılında ise 6.1

milyon çiftin çocuk sahibi olamama nedeniyle kısırlık ile ilgili kliniklere başvurduğunu belirtmiştir (Erdemir F. & Kılıç Ş. 2011).

Gelişmekte olan ülkelerde infertilite insidansı, gelişmiş ülkelere göre daha yüksek oranda hesaplanmıştır (Arslan-Özkan 2012). İran'da %12 (Mosalanejad et al 2014), Sahra-Altı Afrika'da %30-40 (Bahamondes & Y Makuch 2014), Japonya'da %14 (Oltuluoğlu ark 2014), Fransa'da %14 (Mengeot & Vogel 2008), Pakistan'da %21.9 (Hussain et al 2014), Mısır'da %10.4 (Arslan-Özkan 2012), Hindistan'da %17.2 (Arslan-Özkan 2012), Norveç'te %6.6 (Boivin et al 2007), Portekiz'de %12 (Kahyaoglu-Sut & Balkanlı-Kaplan 2015) olarak bulunmuştur.

Türkiye ise infertilite oranı yüksek olan ülkeler arasında yer almaktadır (Rutstein & Shah 2004). Türkiye'de infertilite oranının %10-20 arasında değiştiği bildirilmektedir (Çavuşoğlu 2015, Çetinbaş ark. 2014, Karaca & Ünsal 2012, Kılıç ark. 2011, Kırço 2009, Sezgin & Hocoğlu 2014, Taşçı ark. 2008, Topdemir-Koçyiğit 2012).

Türkiye'de 1,5-2,0 milyon kişinin infertilite sorunu ile karşı karşıya kaldığı ve sorunun giderek arttığı belirtilmektedir (Amanak et al 2014). Ülkemizde 2013 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013) verilerine göre; 15-49 yaş arası gebe kalması mümkün olmayan kadınların oranı %6.5 olarak saptanmıştır (TNSA 2013).

2.1.3. İnfertilite Nedenleri

Literatürde çok farklı oranlar yer almakla birlikte, infertilite nedenlerinin %40'ının kadınlara ilişkili faktörlere, %40'ının erkeklere ilişkili faktörlere, %20'sinin ise hem kadın hem de erkekten kaynaklanan faktörlere ya da açıklanamayan faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir (Durgun-Ozan 2013, Erdem 2012, İlerisoy 2012, Teskereci 2010, Yanıkerem ark. 2008).

DSÖ tarafından 7.273 evli infertil çift üzerinde yapılan bir araştırmada, infertilite nedenine göre %41 oranında kadın, %24 oranında erkek, %24 hem kadın hem erkek sorumlu tutulmuş ve %11'inde de herhangi bir neden gösterilememiştir (Şen 2011).

İnfertilitenin nedenleri arasında primer infertilitenin %55-75, sekonder infertilitenin ise %25-40 oranında olduğu bildirilmektedir (Arslan-Özkan 2012, Erdem 2012).

2.1.3.1. Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Kadında infertiliteye neden olan faktörler; ovulatuvar faktör, tuba-peritoneal faktör, uterin faktör ve servikal faktör olarak 4 grupta sınıflandırılabilir (Guideline 2012).

Ovulatuvar Faktör: Kadına ait infertilite nedenleri arasında önemli yer tutan ovulatuvar faktör (Statement 2014), kadın infertilitesinde infertilite nedenlerinin %40'ında gözlenmektedir (Guideline 2012). Ovulatuvar faktör anovulasyon, amenore ve menstruasyon düzensizlikleri ile kendini gösterir (Algül 2013).

Tuba-Peritoneal Faktör: Tubal faktör genellikle daha önce geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık (PID), septik abortus, rüptüre apendiks, tubal cerrahi veya ektopik gebelik hikâyesi sonrası gelişen tubal harabiyet ve tubal obstrüksiyonu içermektedir (Berek 2004, Kahyaoğlu ark. 2012). Tubal faktör, kadın infertilitesinde infertilite nedenlerinden %25 ila %30'undan sorumludur (Demiroglu ark. 2006).

Peritoneal faktörler ise abdominal kavitenin peritoneal yüzeyindeki bir anomali ya da genellikle endometriyozis nedeniyle ovulasyon sırasında ovumun overden tubal ostiyuma taşınmasını engelleyen durumlarda ortaya çıkar. Bu bozukluklar genellikle travma (ameliyat, pelvik yaralanmalar) ve kronik inflamasyon (enfekte küretajlar, rüptüre apandisit, mezenterik lenfadenit, gonore) sonucunda görülen yapışıklıklardır. Peritoneal faktörler infertilitenin %20'sini oluşturmaktadır (Hotun-Şahin ark. 2009).

Uterin Faktör: Uterin anomaliler infertiliteden daha çok tekrarlayan gebelik kaybı nedeni olmakla beraber, bazı uterin anomaliler infertilite nedeni olarak da kabul edilmektedir (Berek 2004). Uterin anomaliler infertilitenin %5'ini oluşturmaktadır. Uterin faktörler gebelik oluşmasını az oranda etkilemesine rağmen oluşmuş gebeliklerin %25'i kaybedilmektedir (Hotun-Şahin ark. 2009).

Myomlar, polipler, septum, inrauterin yapışıklıklar, enfeksiyona bağlı patolojiler embriyonun implantasyonuna ve gelişimine engel olarak infertiliteye neden olurlar (Çavuşoğlu 2015).

Servikal Faktör: İnfertil vakaların %5-10'unda servikal faktör sorumludur (Arslan-Özkan 2012).

Doğurganlığı etkileyen servikal faktörler serviksin yapısal anomalileri, servisitisi ve servikal mukus anormalliklerini içermektedir (Hotun-Şahin ark. 2009). Servikal hücrelerin salgıladığı mukusta meydana gelen kalite, kantite,

enfeksiyon ve immünolojik problemlerden servikal faktör sorumludur (Yıldırım 1983).

2.1.3.2. Erkekte İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Son 50 yıldır yapılan araştırmalarda semen kalitesinde düşüş eğiliminin olması, gelecekte erkek fertilesi ile ilgili endişelere neden olmuştur (Demirci & Coşkun-Potur 2014, Merzenich et al 2010).

Avustralya'da tüm infertil olgularının yarısı erkek faktörü olup genel nüfus içinde 20 erkekten birinin infertil olduğu belirlenmiştir (Demirci & Coşkun-Potur 2014).

Erkek fertilesinde azalma; konjenital ya da kazanılmış ürogenital bozukluklardan, genital sistem enfeksiyonlarından, skrotal ısı artımından (varikozel), endokrin bozukluklardan, genetik hastalıklardan ve immünolojik faktörlerden kaynaklanabilir (Dohle et al 2010a).

Erkek infertilitesinin nedenleri birçok araştırmacı tarafından ele alınmıştır; bu araştırmalardan kapsamlı olan 2 tanesi Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Erkek İnfertilitesinin Nedenleri

Birinci Çalışmanın Sonuçlarına Göre Erkek İnfertilitesinin Nedenleri		İkinci Çalışmanın Sonuçlarına Göre Erkek İnfertilitesinin Nedenleri	
	%		%
• Nedeni Bilinmeyen	48.5	• Varikozel	37.4
• İdyopatik Anormal Semen	26.4	• İdyopatik	25.4
• Varikozel	12.3	• Testiküler Yetmezlik	9.4
• Enfeksiyöz Nedenler	6.6	• Obstrüksiyon	6.1
• İmmünolojik Faktörler	3.1	• Kriptorşidizm	6.1
• Diğer Edinsel Nedenler	2.6	• Düşük Semen Volümü	4.7
• Konjenital Nedenler	2.1	• Semenaglutinasyon	3.1
• Seksüel Faktörler	1.7	• Semen Vizkozitesi	1.9
• Endokrin Bozukluklar	0.6	• Diğer	5.9
Total	103.9*		100

(ESHRE CAPRI Çalışma Grubu (1994), Burkman L. J., Coddington C.C., Franken D. R., Kruger T. F., Rosenwaks Z., Hodgen G. D. (1988)'den Aktaran Berek J. S., 2004)

*>%100 multipl faktörlerden dolayı

- *Birinci çalışma*; WHO'nun kendi kriterlerine göre tanı koyduğu "Yedibinbeşyüzyedi" infertil erkek hastadan elde edilen sonuçları göstermektedir. Bu değerler erkek partnerin normal olduğu ve infertilite nedeninin kadın faktörüne bağlı olduğu varsayılan olguları içermektedir.
- *İkinci çalışma* ise; "Dörtyüzyirmibeş" subfertil hastadan elde edilmiş sonuçları göstermektedir. Her iki çalışmada erkek infertilitesinin nedenlerinin insidansı farklı olmakla birlikte, en sık nedenlerin idyopatik infertilite ve varikosel olduğu görülmektedir. Diğer anatomik ve endokrin nedenler daha az sıklıkla görülmektedir (Berek 2004, Dohle et al 2010a).

Varikosel: Spermatik kord içindeki testiküler venlerin anormal dilatasyonu ve kıvrımlar oluşturmaları durumudur. Yaklaşık %90'ı sol tarafta bulunur (Orhan 2010). Varikoselin sol tarafta daha sık görülmesinin nedeni, sol vena spermatika internanın sol renal vene dik açıyla açılması ve sağ tarafa oranla daha uzun olmasıdır (Reşorlu ark. 2006).

Varikosel, erişkin erkek popülasyonun %10-15' inde görülmesine rağmen (Erdemir F. & Kılıç Ş. 2011), infertilite araştırması nedeniyle başvuranların ortalama %20-40' ında saptanan ve erkek infertilitesinin en sık rastlanılan cerrahi olarak düzeltilebilen patolojisidir (Benli 2010).

Varikoselin fertilité üzerine etkileri semen anomalileri (sperm sayısı, motilité ve morfolojide bozulma), testiküler volümde azalma ve Leydig hücre fonksiyonunda azalmayla ilişkilidir (Çayan & Kadioğlu 2005).

Öte yandan bir çocuğu olupta ikincisini isteyen ancak başarı sağlayamayan erkekler içinde hastaneye başvuranların yapılan incelemelerinde erkeklerin %53-80'inde varikosel bulunduğu tespit edilmiştir (Erdemir F. & Kılıç Ş. 2011).

Anatomik bozukluklar: Hipospadias, kriptorşidizm, konjenital vas deferens yokluğu veya obstrüksiyonu ve ejakülatuar sistemin anormallikleri gibi konjenital anomaliler infertiliteye neden olabilir (Aktürk 2006, Berek 2004).

Endokrin Bozukluklar: İnfertil erkeklerde endokrin bozukluklar genel popülasyona göre daha yaygındır ama yine de oldukça enderdir. Anormal semen parametreleri varlığında hormon taraması folikül uyarıcı hormon (FSH), lüteinizan hormon (LH) ve testosteron düzeyleri ile sınırlı tutulabilir. Azospermi veya aşırı oligo-asteno-teratozoospermi (OAT) tanısı konulan erkeklerde, obstruktif ve non-obstruktif nedenler arasında ayırıcı tanı önemlidir (Dohle et al 2010b).

2.1.3.3. İnfertiliteye Neden Olan Ortak Faktörler

Yaş Faktörü: İnfertilite ile ilişkisi en iyi tanımlanmış faktör, yaştır. Doğum kontrolünün yasak olduğu ülkelerde yapılan çalışmalar, artan yaşla fertilitenin ters orantılı olduğunu kanıtlamıştır (Çavuşoğlu 2015, Sezgin & Hoccoğlu 2014).

Kadın ve erkek için fertilitenin en yüksek olduğu dönem 24-25 yaşlardır. Fertilitite hızı kadında 30 yaştan sonra, erkekte ise 40 yaştan sonra düşer. Ancak erkeğin üreme yeteneği ileri yaşlara kadar sürer (Amanak et al 2014, Benli 2010, Kırca & Pasinlioğlu 2013). Toplam fertilitite oranları 25-29 yaşları arasında %4-8 azalırken, 30-34 yaşları arasında %15-19, 35-39 yaşları arasında %26-46 ve 40-45 yaşlarında ise %95 oranında azalma göstermektedir (Sezgin & Hoccoğlu 2014, Yumru & Öndeş 2011).

Artan yaşla birlikte kromozomal anomalilerin insidansı ve spontan abortus oranında artış meydana gelmektedir. Klinik olarak tanımlanabilen abortus oranı 30 yaşına kadar %10'a, 30 yaşların sonunda %18'e, 40 yaşların başında ise %34'e kadar çıkar (Kırço 2009, Speroff et al 1996, Şen 2011). 40 yaşın üzerindeki kadınlarda spontan abortus görülme ihtimali çok daha yaygın hale gelmektedir (Cooper 2007).

Yeterince sık cinsel ilişkide bulunmama, infertilitenin çok sık rastlanan diğer ortak bir nedenidir ve ilerleyen yaşla birlikte seksüel aktivitenin azalması da dolaylı olarak yaş faktörü içine dahil edilebilir (Kırca & Pasinlioğlu 2013, Kırço 2009, Şen 2011).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte çevresel olumsuz faktörlere maruz kalma ihtimali de artarak, fertilizasyon ve implantasyon ihtimalini de etkilemektedir. Ayrıca evlilik yaşının ilerlemesi, dolayısıyla çocuk doğurma yaşının gecikmesi, intrauterin diyafram ve kontraseptiflerin kullanılması, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artmasını etkileyerek infertiliteye neden olduğu düşünülmektedir (Kırço 2009, Şen 2011).

Sigara Kullanımı: Sigaranın içinde bulunan nikotin, kotin, kadmiyum ve ağır metaller overler ve testisler üzerinde toksik etkiler yaratmaktadır (Demir & Kızılkaya-Beji).

Üreme çağındaki kadınlarda sigara içme sıklığının %25 olduğu kabul edilmektedir. Literatürde, üreme çağındaki kadınlarda günlük içilen sigara miktarının ve sigara içme süresinin doğurganlığı ve üreme yeteneğini doğrudan etkileyebildiği vurgulanmaktadır. Sigara içen kadınlarda infertilite görülme oranı, içmeyenlere oranla 10 kat daha fazladır. Kadınların %13'ünde infertiliteye sigara kullanımının neden olduğu; nikotinin overlerden atılan yumurtanın uterusu ilerlemesini ve ulaşmasını önlediği, yumurtada genetik

anomalilere eğilimi artırdığı ve bunun sonucunda kadının gebe kalmasının zorlaştığı veya gebe kaldığında ise düşük ile sonuçlanma riskinin arttığı belirtilmiştir (Amanak et al 2014, Kırço 2009, Sezgin & Hoccoğlu 2014, Terzioğlu ark. 2008). Sigara içen ve içmeyen kadınların karşılaştırıldığı çalışmalarda; sigara içen kadınlarda infertilite görülme oranının yüksek, doğurganlığın düşük ve gebe kalma süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir (Amanak et al 2014, Terzioğlu ark. 2008).

Erkeğin sigara içmesi; sperm sayısının, hareketlerinin ve konsantrasyonunun azalmasına, spermin kadının yumurta hücresini delme yeteneğinin azalmasına ve sperm hücresinde DNA (Deoksiribo Nükleik Asit) hasarının artmasına neden olmaktadır (Çavuşoğlu 2015, Kırço 2009, Terzioğlu e ark. 2008).

Sigara içenlerde, içmeyenlere göre infertilite riski 1.6 kat daha fazladır (Demirci & Coşkun-Potur 2014). Erkeklerin yoğun sigara kullanımı; sigara kullanmayan eşlerinin de pasif olarak sigara dumanına maruz kalmasına, nikotin solumasına ve üreme fonksiyonlarının bozulmasına yol açmaktadır (Kırço 2009, Sezgin & Hoccoğlu 2014, Terzioğlu ark. 2008).

Ayrıca; sigara, infertilite tedavilerinde de başarı olasılığını düşürmektedir. Sigara kullanan kadında yardımcı üreme tekniği ile gebe kalamama riski, sigara kullanmayan kadına göre 2 kattan daha fazladır (Sezgin & Hoccoğlu 2014).

Alkol, Kafein ve Uyuşturucu Madde Kullanımı: Alkol, kafein ve uyuşturucu maddelerinde fertilitte üzerinde olumsuz etkileri vardır (Benli 2010).

Alkol bilinen bir teratojen olmakla birlikte tüketilme miktarı ile infertilite riski ile ilişkisi net değildir. Aşırı alkol kullanımı, testis atrofisine, impotansa, libidonun azalmasına, jinekomastiye, sperm sayısının azalmasına, sperm konsantrasyonunun bozulmasına neden olmakta ve hareketsiz sperm sayısını artırmaktadır (Anderson et al 2010, Çavuşoğlu 2015, Pramanik 2012, Ramalingam et al 2014). Ayrıca alkol tüketen kadınlarda oosit sayısının azaldığı, adet düzeninin bozulduğu, cinsel isteğin azaldığı ve abortus riskinin arttığı gösterilmektedir (Amanak et al 2014, Balen 2008, Kırço 2009, Şen 2011).

Kafein tüketiminin fertilitte üzerine etkisinin tüketilen miktara bağlı olduğu belirtilmektedir. Kafeinin gebelik oranları üzerinde etkisini bildiren veya kafeinsiz içeceklerin doğurganlık üzerindeki etkilerini belirleyen kanıtsal çalışmalar yoktur (Anderson et al 2010, Demir & Kızılkaya-Beji , Demirci &

Coşkuner-Potur 2014). Kahve ve sigara birlikte kullanıldığında, sperm motilitesi azalmakta ve ölü sperm oranı artmaktadır (Demir & Kızılkaya-Beji). Uyuşturucu maddelerden esrar, leyding hücrelerini ve sperm hareketliliğini, akrozom reaksiyonunu, testesteron üretimini azaltır ve spermatogenezisi olumsuz etkilemektedir. Anabolik steroid ve kokain kullanımı da semen kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Anderson et al 2010).

Obezite: Kadınlarda obezitenin, oositi ve dolayısıyla gebeliği etkileyerek fertilitiyi azalttığı, ovulasyonu engellediği, yardımcı üreme teknikleri tedavisinin sonuçlarını olumsuz etkilediği, gebeliğin fizyolojik süreçlerini ve doğumu güçleştirdiği bilinmektedir. Obez kadınlarda siklus bozuklukları, polikistik over sendromu, fertilitede ve cinsel istekte azalma sık görülen problemler arasında yer almaktadır. Bunlar hormonal dengelerdeki değişiklikler sonucu ortaya çıkmakta ve dolayısıyla infertiliteye neden olmaktadır (Amanak et al 2014, Demir & Kızılkaya-Beji , Peyromusavi et al 2016, Şen 2011).

Dünyada yürütülen çeşitli çalışmalar göstermektedir ki, normal kilodaki kadınlar ile obez kadınlar karşılaştırıldığında, obez kadınlarda spontan gebelik elde etme için gerekli olan sürenin daha uzun olduğu ve gebelikte başarı oranının daha düşük olduğu gözlenmektedir (Özcan-Dağ & Dilbaz 2015, Peyromusavi et al 2016).

Obezitenin erkeklerde ise hormon değerlerini değiştirerek ve spermatogenezi azaltarak fertilitiyi etkilediği belirtilmektedir (Hussain et al 2014, Katib 2015, Şen 2011). Erkek obezitesinin temel semen parametrelerine etkisi ve DNA hasarının birlikte değerlendirildiği iki çalışmada, erkek obezitesi ile spermdeki DNA hasar düzeyinde artış arasında ilişki saptanmıştır (Koyun 2013). Obezite ile erkek infertilitesi arasında sperm sayısı, hareketi ve morfolojisi ya da sperm DNA hasarı ilişkisi ile ilgili araştırmaların klinik ve deneysel anlamda giderek artan oranlarda ortaya çıktığı görülmektedir (Erdemir 2013).

2.1.3.4. Açıklanamayan İnfertilite

Açıklanamayan infertilite, 1 yıl korunmasız cinsel ilişki sonrası gebelik elde edemeyen çiftlerde yapılan temel değerlendirmede (sperm analizi, ovulasyon testleri, kavite ve tubalarda patoloji olmadığını gösteren histerosalpingogram) herhangi bir patolojiye rastlanmaması olarak tanımlanmaktadır (Mutlu ark. 2013).

İnfertil çiftler arasındaki en yaygın tanılardan biri olarak kabul edilmektedir (Adıgüzel ark. 2015). Açıklanamayan infertilite tanısı konabilmesi için ovulasyonun varlığı, bilateral tubal açıklık, normal uterin kavitenin varlığı,

semen analizinin normal olduğu ve yeterli overyan rezervin olması gerekmektedir (Balen 2008, Boyraz 2013).

İnsidansı değişiklik göstermesine rağmen, beraber başvuran çiftlerin ortalama % 15'i açıklanamayan infertilite tanısı almakta ve açıklanamayan infertilite insidansı merkezler arasında infertilite referanslarındaki farklılıklar ve çalışmalara dahil edilen grup farklılıkları nedeniyle % 0 ile % 37 arasında değişmektedir (Abdella et al 2015, Adıgüzel 2012, Işıkcı 2012).

Açıklanamayan infertilitenin nedenlerinin olası iki açıklaması olduğu düşünülmektedir. Birincisi; gerçekte herhangi bir anormallik yoktur ve çiftin doğal fertilitesi normalin alt sınırındadır ki muhtemelen kadın yaşına bağlıdır. İkinci olarak ise; bir neden vardır ancak günümüzde var olan testlerle tanımlanamamaktadır (Kara 2011).

İnfertiliteye neden olan faktör veya fonksiyon bozukluğu tam olarak bilinemediği için günümüzde yapılan tedavi yöntemleri genellikle deneye dayalıdır (Aksu 2010).

2.1.4. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde amaç; infertiliteye neden olan faktörleri tespit etmek, prognoz hakkında doğru bilgi vermek, araştırma sırasında danışmanlık, destek ve eğitim sağlamak ve değerlendirme sonuçlarına göre tedavi seçenekleri sunmaktır. İnfertilite değerlendirilmesinde ilk adım anamnez ve fizik muayenedir (Yıldız-Eryılmaz ark. 2009). Aksi bir durum olmadıkça çift birlikte değerlendirmeye alınmalıdır (Erdem 2012).

Anamnezde, genel olarak çiftlerin her ikisinde;

- Yaş,
- Eğitim düzeyi,
- Sosyal güvence,
- Sosyo-demografik özellikler,
- Evlilik ve infertilite süresi,
- Kadının menstrual öyküsü (menstrasyon süresi ve sıklığı),
- Psiko-seksüel faktörler (aşırı çocuk sahibi olma isteği, çocuk sahibi olamama nedeni ile birbirini suçlama, çiftler arasında cinsel uyumsuzluk, cinsellikten kaçma, utanma duygusu vb.),
- Fekondabilitayı azaltan faktörler (yaşam tarzı, çalışma koşulları, sık seyahatler, sigara, alkol, madde kullanımı, kafein tüketimi, beslenme şekli, stres vb.)
- Medikal olarak endokrin, kronik, kalıtsal, metabolik hastalık öyküsü (diyabetes mellitus, tiroid, akciğer tüberkülozu vb.),

- Gonadotoksinler (kemoterapi, radyoterapi),
- Çevresel ya da mesleğe ait toksinler (civa, kurşun, kadminyum vb.),
- İlaç alımı [Antihipertansifler (Ca kanal blokörleri), bazı antienflamatuvarlar, bazı antidepresanlar (kadınlarda hiperprolaktinemiye yol açabilir)] sorgulanmalıdır.
- Anamnez alınırken dini, kültürel ve etnik değerler de sorgulanmalıdır (Durgun-Ozan 2013, Erdem 2012, Karaca 2011, Yıldız-Eryılmaz ark. 2009).

2.1.4.1. İnfertilitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri

Erkeğe yönelik testler; semen analizi, endokrin testler, ultrasonografi ve testiküler biyopsi testlerini içerir. Kadına yönelik testler ise; ovulasyon testleri, postkoital testler, ultrasonografi, endometrial biyopsi, histerosalpingografi, histereskopi, laparaskopi ve endokrin testleri içerir (Durgun-Ozan 2013, Erdem 2012).

2.1.4.1.a. Erkeğe Yönelik Tanı Testleri

1. Semen Analizi: Erkek infertilitesinde laboratuvar değerlendirmesinin temel taşı olan semen analizinde; semen volümü, semen konsantrasyonu, sperm motilitesi ve sperm morfolojisi değerlendirilir (Yıldız-Eryılmaz ark. 2009). Semen analizi 4-6 hafta ara ile en az 2 kez şeklinde yapılmalıdır. Semen örneği 3-6 günlük cinsel perhiz sonrası alınmalı ve en geç 1 saat içinde değerlendirilmelidir (Yumru & Öndeş 2011). Eğer örnek evde toplanmış ise bir saat içinde vücut ısısında laboratuvara ulaştırılmalıdır (Durgun-Ozan 2013).

2010 WHO Laboratory Manual for The Examination and Processing of Human Semen kitabında referans değerler Tablo 2'deki gibidir.

Tablo 2.2. DSÖ Semen Parametreleri (WHO 2010)

Parametre	En Düşük Referans Değer
• Semen volümü (ml)	1.5 (1.4-1.7)
• Total sperm sayısı (10 ⁶)	39 (33-46)
• Sperm konsantrasyonu (10 ⁶ / ml)	15 (12-16)
• Total motilite (PR+NP, %)	40 (38-42)
• Progresif motilite (PR, %)	32 (31-34)
• Vitalite (canlı spermatozoa, %)	58 (55-63)
• Sperm morfolojisi (normal form, %)	4 (3.0-4.0)
• pH	>7.2
• Peroksidaz-pozitif lökositler (10 ⁶ per ml)	<1.0
• MAR testi (Mixed antiglobulin reaction) (%)	<50
• (Bağlı partikülle birlikte olan motil spermatozoa)	
• Immunobead testi (%)	<50
• Seminal çinko (µmol/ejakulat)	>2.4
• Seminal fruktoz (µmol/ejakulat)	>13
• Seminal nötral glukozidaz (mU/ejakulat)	>20

PR: Progresif motilite, NP: Nonprogresif motilite

Eğer değerler WHO kriterlerine göre normal gelmişse, tek test yeterli kabul edilmelidir. Sadece, en az iki testin de anormal bulunması durumunda, ileri androlojik araştırma gerekir (Yumru & Öndeş 2011).

Bazı semen değişkenleri için kullanılan terminoloji şu şekildedir:

Normozoospermi: Referans değerlerle tanımlanan normal ejakulat.

Oligozoospermi: Referans değerden düşük sperm konsantrasyonu.

Astenozoospermi: Hareketlilik için referans değerden daha düşük değer.

Teratozoospermi: Morfoloji için referans değerden daha düşük değer.

Oligoastenoteratozoospermi: Konsantrasyon, hareketlilik ve morfolojinin referans aralığından farklı olduğu durumlar.

Azoospermi: Ejakülatta hiç spermatozoa bulunmaması.

Aspermi: Dışarıya hiç ejakulat çıkmaması ya da seminal sıvının hiç olmaması.

Nekrospemi: Tüm spermatozoidlerin ölü olmasıdır.

(Adıgüzel 2012, Kılınç 2007, Köse 2010, Kuş 2008, Yıldız-Eryılmaz ark. 2009)

2. Endokrin Testler: Her erkeğe rutin endokrin değerlendirme gerekli değildir. Endokrin değerlendirmenin yapılması gereken durumlar;

- Sperm konsantrasyonunun 5-10 milyon/ml'nin altında olması,
- Bozulmuş cinsel fonksiyonun mevcut olması,
- Özel endokrin bozukluğu düşündüren bulguların varlığı (kılınma azlığı, jinekomasti, galaktore, koku alma bozukluğu) (Köse 2010).

3. Ultrasonografi: Ultrasonografi intraskrotal defektleri belirlemede yararlı bir araçtır (Dohle et al 2010b).

Transrektal ultrasonografi (TRUS) prostat ve yardımcı üreme bezlerini gösterir ve asidik, früktoz içermeyen düşük hacimde ejakülatı olan hastaların değerlendirilmesinde yararlı bir tanı yöntemidir. Skrotal muayenede anormallik saptanan (testiste kitle ve epididimal kistler gibi) olguların değerlendirilmesinde skrotal ultrason yardımcı olmaktadır. Renkli akım Doppler ultrasonografisi ise palpasyonu zor olan varikosel tanısında yardımcı olmaktadır. Muayenede vaz deferans yokluğu olan olgularda, vaz deferans yokluğunun %20-30 böbrek anomalileri ile beraber olduğu düşünülürse, böbrek ultrasonografisi yapılması önerilebilir (Strauss & Barbieri 2006).

4. Testiküler Biyopsi: Tanısal testiküler biyopsi endikasyonları; testis hacmi ve FSH düzeyleri normal olmasına karşın azospermi veya aşırı OAT bulunmasıdır. Biyopsi ile testiküler yetersizlik ve erkek genital sistemindeki obstrüksiyonun ayırıcı tanısının yapılması amaçlanmaktadır (Dohle et al 2010b).

2.1.4.1.b. Kadına Yönelik Tanı Testleri

1. Ovulasyon Testleri: Ovulasyonun gerçekleşip, gerçekleşmediğini öğrenmek ve özellikle gebelik için cinsel ilişkiyi bu döneme denk getirmek amacıyla yapılır. Bu testler, bazal vücut ısısı ve servikal mukus yöntemi gibi yöntemleri içermektedir (Durgun-Ozan 2013).

2. Postkoital Test (PCT)/Sims Huhner Testi: İnfertil çiftlere uygulanan bu test dünyada en sık uygulanan testlerdendir (%92) (Balasch 2000). Kadında servikal faktörü ve erkekte sperm kalitesini gösteren bir testtir. Test 36-48 saatlik cinsel perhiz sonrası, menstrual siklusun 12-14. günlerinde (östrojen sekresyonunun en üst düzeyde olduğu ve beklenen LH piki sırasında) yapılır (Yıldız-Eryılmaz ark. 2009).

3. Ultrasonografi: Bütün jinekolojik hastaların değerlendirilmesinde olduğu gibi infertil hastaların da ilk değerlendirilmesinde USG (Ultrasonografi) önemli bir tanı aracıdır. Noninvaziv ve kolay uygulanabilir olması avantajları arasında yer alır. Transvaginal USG uterus kavite ve endometriyumun değerlendirilmesinde, vakaların % 70'inde transabdominal ultrasona göre daha fazla bilgi verir. USG ile müller sistemine ait konjenital anomaliler, intramural ve submüköz myomlar, endometrial polipler, endometriyomalar veya dermoid kistler görülebilir (Rogerson et al 2002).

4. Endometrial Biyopsi: endometriyal biyopsi endometriyumun progesterona yanıtını değerlendirir. Bu test genellikle 28 günlük siklusun 24 ve 26. Günleri arasında veya beklenen adetten 2-3 gün önce yapılmaktadır. Biyopsi endometriyumun hormonlara verdiği yanıtı yansıtacağından luteal fazın yeterli olup olmadığını da gösterebilir. Biyopsi işleminin riksi düşük olmakla birlikte; enfeksiyon, kanama, mevcut gebeliğin bozulması ve uterus perforasyonu gibi riskleri bulunmaktadır (Yıldız-Eryılmaz ark. 2009).

5. Histerosalpingografi (HSG): Tubal ve uterus faktörü değerlendirmek amacıyla serviksten girilerek uterus içerisine radyopak bir maddenin verilmesi işlemidir. İnfertilite araştırmasında erken dönem çekilecek HSG ile uterus anomaliler ve intrauterin lezyonlar, distal tubal oklüzyon ve bu olgularda gebelik açısından prognostik önemi olan intratubal mukozal katlantılar değerlendirilebilir. Proksimal ve distal tubal tıkanıklık bulunup bulunmadığını açık biçimde gösterir. Ayrıca endometrial polipler, fibroidler, uterus septum varlığı ve diğer anomaliler gibi uterusun yapısal patolojileri hakkında da fikir verir. Tanısal faydasının yanında tedavi edici etkisi de bulunmaktadır (Preutthipan & Linasmita 2003).

6. Histeroskopi: Genellikle ileri evre bir tetkik yöntemidir. Uterin kavitenin histeroskop ile endoskopik olarak incelenmesidir. Histereskopide uterin kavite CO₂, saline ya da yüksek moleküler ağırlıklı dextran ile doldurularak inceleme yapılır (Yıldız-Eryılmaz ark. 2009).

7. Laparaskopi: Tubal ve peritoneal hastalıkların tanısında "altın standart" laparoskopidir. Laparaskopi sırasında bütün pelvik organlar, subseröz ve intramural myomlar, peritubal ve periovarian adhezyonlar ve endometriozis olup olmadığı görülür. HSG'deki anormal bulguların doğruluğunun saptanması için laparaskopi uygulanmalıdır. Laparaskopi sırasında metilen mavisi veya indigo karmen gibi bir boya maddesi serviksten verilip, fimbrial geçişine bakılarak tubal açıklık değerlendirilir. Bu sırada tüpler ve fimbriyal yapılar daha iyi olarak değerlendirilir. Ayrıca gelişmiş optik ve büyütme sistemi ile operatif cihazlar yardımıyla tubal obstrüksiyon, pelvik adhezyon ve endometriozis tanısı konulup, aynı anda tedavi edilebilir. Klasik infertilite araştırmasında kadında önerilen en son tetkik laparaskopi ile endometriozisin ve diğer pelvik patolojilerin araştırılmasıdır (Kılınç 2007, Köse 2010).

8. Endokrin Testler: Hipotalamus, hipofiz ve over fonksiyonlarını değerlendirmek için yapılır (Durgun-Ozan 2013).

2.1.5. İnfertilitenin Tedavisi

İnfertilite tedavisinin etkinliği yüksek, maliyeti düşük, kullanımı kolay ve yan etkileri az olmalıdır. Uygun infertilite tedavisinin tanımlanması her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle çiftin öyküsü, fizik muayene bulguları, maddi olanakları, yaş ve zaman kısıtlamaları, dini ve kültürel değerleri gibi pek çok faktör değerlendirilmelidir. Genellikle, karmaşık tedavilerden önce, daha basit tedaviler belirlenmeli ve bireysel gereksinimler göz önüne alınmalıdır (Erdem 2012, Teskereci 2010).

İnfertilite tedavisi öncelikle nedene göre planlanarak, infertiliteye neden olduğu düşünülen belli bir anatomik veya fizyolojik sorun varsa ortadan kaldırılmalıdır. Uterus ve tüp anomalileri, özel cerrahi tekniklerle tedavi edilmelidir. Pelvisin enflamatuvar hastalıklarına bağlı ortaya çıkan pelvik yapışıklıklar mikrocerrahi yöntemi ile düzeltilebilir. İnfertilite eğer ovulasyon sorununa bağlı olarak gelişmişse tedavide ovulasyonun sağlanması üzerinde durulur ve bunun için ilaç (hormonal) tedavisi yapılır (Kırca & Pasinlioğlu 2013).

Erkeklerde infertilite nedeni genitoüriner bölge enfeksiyonu ise (prostatit ve epididimitis gibi), uygun antibiyotiklerle tedavi edilebilmektedir. Sperm yapımını etkileyen bir hormonal dengesizlik nedeniyle çocuğu olmayan çiftlerde başarılı bir gebeliği gerçekleştirmek için hormonal uyarıların yerini almak ve bu uyarıları şiddetlendirmek üzere hormon tedavisi kullanılmaktadır (Erdem 2012).

İnfertil çiftlerin %85-90'ının tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteye neden olan sorunları giderilmekte ve böylece çifte çocuk sahibi olma imkanı sağlanmaktadır. Kalan %10-15'i ise değişik yardımcı üreme tekniklerinden yararlanmaktadır (Hotun-Şahin & Bilgiç 2015, Kırca & Pasinlioğlu 2013).

2.1.5.1. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

1978 yılında İngiliz araştırmacılar Robert Edward ve Patrick Steptoe'nun in vitro fertilizasyon sonucu doğan ilk bebeği bildirmeleri bir dönüm noktası olmuştur. Daha sonraki yıllarda İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET) uygulamaları her geçen gün artan bir kullanım alanı bulmuş ve infertilite tedavisinde Assisted Reproductive Techniques (ART), YÜT adı altında giderek yaygınlaşmıştır (Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

YÜT, spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir (Benli 2010, Durgun-Ozan 2013, Kırca & Pasinlioğlu 2013).

Kendi gelişimsel süreci içinde pek çok yardımcı üreme tekniği tanımlanmış ve denenmiştir. Bu teknikler;

- İntrauterin İnseminasyon (IUI),
- İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET),
- Gamet Intra-Fallopian Transfer (GIFT),
- Zigot Intra-Fallopian Transfer (ZIFT),
- Tubal Embriyo Transferi (TET),
- İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI),
- Peritoneal Oosit Sperm Transferi (POST)'dir (Benli 2010, Çavuşoğlu 2015, Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

GIFT, ZIFT, TET gibi gamet veya embriyonun tubaya transferinin yapıldığı yöntemlerin invaziv olması ve uygulama zorluğu nedeniyle kullanımı terk edilmiştir (Benli 2010, Erdem 2012).

Ayrıca YÜT olmayan, çoğunlukla sperm elde etmek ya da fertilizasyon için kullanılan teknikler de vardır. Bunlar;

- Assisted Hatching (Zona Delinmesi/Yardımla Yuvalanma),
- MESA (Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu),

- TESA (Testiküler Sperm Aspirasyonu),
- SUZİ (Subzonal Sperm Enjeksiyonu),
- PZD (Parsiyel Zona Diseksiyonu) (Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

Dünyada YÜT uygulaması sonrası ilk bebek, 25 Temmuz 1978 yılında İngiltere'nin Oldham kasabasında, Stepto-Edwards IVF ekibi tarafından [Doktor Robert Edwards, Robert Stepto ve hemşire Jean Purdy (ilk IVF hemşiresi)] Louise Brown'ın doğumu gerçekleştirildi (Brinsden 2005, Johnson 2011, Medicine 2010).

Ülkemizde 1984 yılında Yardımcı Üreme Teknikleri için ön çalışmalar başlatıldıktan sonra, ilk İVF-ET merkezi 23 Haziran 1988'de Ege Üniversitesi'nde Prof. Dr. Refik Çapanoğlu başkanlığında kurulmuştur. Gerçekleştirilen ilk İVF-ET gebeliğinde ilk bebek 18 Nisan 1989'da dünyaya gelmiştir (Benli 2010, Taşkın 2016).

Günümüzde en fazla kullanılan yardımcı üreme teknikleri ***intrauterin inseminasyon, in-vitro fertilizasyon ve embriyo transferi ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonudur*** (Benli 2010).

2.1.5.1.a. İntrauterin İnseminasyon (IUI): Kocanın spermiyle gerçekleştirilen ilk inseminasyon 1770'lerde Londra'da John Hunter tarafından gerçekleştirilmiştir. John Hunter, hipospadias sorunu olan bir erkeğin seminal sıvısını bir şırınga ile eşinin vajenine enjekte edip, normal bir gebelik elde etmiştir (Gönenç 2009). İntrauterin inseminasyon (IUI), günümüzde diğer yardımcı üreme tekniklerine göre ucuz, kolay uygulanabilir ve daha az invazif olması nedeniyle en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Erdoğan ark. 2015).

İnfertilite olgularının tedavisinde birinci basamak olarak kullanılan bu yöntem, ovulasyon zamanında laboratuvar ortamından geçirilip hazırlanan spermlerin kateter aracılığıyla uterus içerisine enjekte edilmesi işlemidir (Karanisoğlu & Yazıcı 2009). Servikse konulduğunda, servikal inseminasyon; uterus kavitesine konulduğunda, intrauterin inseminasyon; peritoneal kaviteye yerleştirildiğinde ise peritoneal inseminasyon denir. En yaygını uterusu inseminasyondur (Arslan-Özkan 2012, Durgun-Ozan 2013). IUI, halk arasında "aşılama" olarak bilinmektedir.

IUI Endikasyonları;

- Nedeni açıklanamayan infertilite
- Servikal mukus problemleri
- İmmünolojik faktörler
- Vajinismus
- Hafif endometriyozis

- Hafif pelvik adhezyon
- Ovulatuvar disfonksiyon
- Erkek faktörü
- Sperm bozuklukları (sayı, mortalite, yapısal)
- Retrograt ejakülasyon
- İmpotans
- Ciddi hipospadias (Aydoğdu 2009, Karanisoğlu & Yazıcı 2009, Köse 2010, Uğur 2014)

Kontrollü over hiperstimulasyonu için kullanılan ajanın tipi, sperm hazırlama tekniği, sperm yıkama sıvısının pH değeri, semenin toplandığı yer (ev, laboratuvar), semen toplanmasından sperm hazırlanması ve İÜİ'ye kadar geçen süre, spermin taze ya da donmuş olup olmaması, inseminasyon sayısı, infertilitenin süresi ve nedeni, kadın yaşı, preovulatuvar follikül sayısı, endometrium kalınlığı, ovulasyon paterni, kadının daha önce gebelik geçirip geçirmediği, sperm sayısı-hareket ve morfolojisi, varikosel mevcudiyeti ve tedavisi IUI başarısını etkileyen faktörlerdir (Kılıç ark. 2005). IUI başarısının artırılması için tedavi öncesi çiftlerin detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. IUI başarısını etkileyen faktörler önceden bilinmeli ve tedavi planlamasında bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (Erdoğan ark. 2015).

IUI; normal ilişkiye oranla gebelik şansını %5-20 artırır. Şans uygulama sayısı arttıkça biraz daha artar. Teorik olarak bir sınır olmamakla birlikte 6-7 seferden fazla denenmemesi önerilir. Eğer evlilik ve infertilite süresi uzunsa ICSI ya da IVF uygulanması önerilir (Erdem 2012).

2.1.5.1.b. İn-Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi (ET): Dünyada ilk başarılı IVF olgusu 1978 yılında İngiltere'de, 1980'de Avustralya'da, 1981'de ABD 'de, 1982'de Fransa ve İsveç'de, 1988'de ise Türkiye'de gerçekleşmiştir. IVF, günümüzde YÜT arasında en sık kullanılan tekniktir (Karanisoğlu & Yazıcı 2009). IVF'in temel prensibi, oosit ve spermlerin laboratuvar ortamında bir tüp içinde birleştirilerek, fertilizasyonun kendiliğinden olmasını beklemektir. Fertilizasyon sonrası embriyoların uterusu yerleştirilmesi işlemine Embriyo Transferi (ET) denir. IVF'e halk arasında "tüp bebek" denmektedir (Arslan-Özkan 2012, Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

IVF Endikasyonları

- Fallop tüplerinin tıkalı, yapışık ve cerrahi olarak çıkarılmış olması ya da doğuştan olmaması,
- Karın içi yapışıklıklar (ameliyat, enfeksiyon, periton faktörü),
- Tubal hastalıklar,
- Endometriyozis,

- Açıklanamayan infertilite,
- 3 kez başarısız IUI geçirmiş kadınlar,
- Erkek faktör infertilitesi
- Uterin malformasyonlar
- İmmünolojik faktörler,
- IUI ve GIFT uygulanmış başarısız olan olgular,
- Sperm tahlilinde hiç sperm hücresi bulunmaması durumu(mikroenjeksiyon tedavisi gereklidir),
- Preimplantasyon genetik tanı isteyen çiftler (Durgun-Ozan 2013, Erdem 2012, Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

IVF'in Aşamaları

IVF ve Embriyo Transferi'nin 5 temel aşaması vardır;

1. Foliküllerin gelişimini gözlemlemek ve uyarmak,
2. Yumurta toplamak,
3. Sperm elde edilmesi,
4. Laboratuvar koşullarında yumurta ve spermin bir araya gelmesi ve fertilizasyon ve erken embriyo gelişimi için uygun ortamın sağlanması,
5. Uterusa embriyoların transferi (Association 2009).

IVF- ET sonuçları;

- IVF ile sağlanan gebeliklerin %4-5'i ektopik gebeliktir.
- Çoğul gebelik oranı ise %30'dur.

IVF ve ET yöntemin başarılı olmasında kadının yaşı, sperm faktörü, ET tekniği ve hormonal stimülasyona verilen yanıt etkili olmaktadır (Karaca 2011, Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

Tüm işlem yaklaşık 20-30 dk kadar sürer. İşlem sonrası bireyin 1-2 saat dinlenmesi önerilir. Bazen bireyin durumuna göre yatak istirahati de önerilebilir. Endometriumu luteal fazda desteklemek için progesteron içerikli ilaçlar verilir. İmplantasyon transferden 4-6 gün sonra meydana gelmektedir. Transferden sonraki 12. günde kanda beta-HCG ölçümü yapılır. Testin pozitif olması durumunda hasta yakın izleme alınır(Arslan-Özkan 2012).

2.1.5.1.c. İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI): Günümüzde yaygın olarak kullanılan ICSI ile ilk doğum 1992 yılında gerçekleşmiştir (Benli 2010, Erdem 2012). IVF uygulamasında erkek faktörü şiddetli veya neden açıklanamamış infertilite ise, fertilizasyon intra sitoplazmik olarak spermlerin enjekte edilmesiyle sağlanır. ICSI sonrası fertilizasyon oranları %50-75 oranında değişmektedir (Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

ICSI, ejakülattan veya cerrahi yolla testisten elde edilen spermlerin yıkanarak en uygun spermın seçilmesi işleminden sonra, tek spermın oositin zona pellusida tabakasından bir delik açılarak oosite bırakılması işlemidir (Durgun-Ozan 2013, Karanisoğlu & Yazıcı 2009).
ICSI uygulanan hastalar;

- Önceki IVF denemelerinde fertilizasyon olmayan hastalar,
- Kötü sperm parametrelerine sahip hastalar,
- Testis ve epididimisten cerrahi yolla sperm elde edilen hastalardır (Erdem 2012).

2.1.6. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri

İnfertilite, çiftlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir (Karanisoğlu & Yazıcı 2009). Genel olarak konuyla ilgili literatür incelemesi yapıldığında, birçok çiftin infertiliteyi yaşamlarının en büyük krizi olarak tanımladıkları ve kadınların infertilite sürecinde erkeklere oranla daha fazla stres, depresyon ve anksiyete yaşadıkları bildirilmektedir (Karaca & Ünsal 2012). Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu da belirtilmektedir. Çiftler için çocuk sahibi olamama durumunda yaşanan ortak duygular, engellenme duygusu ve toplum içinde anne baba rollerinin eksikliğidir (Yanikkerem ark. 2008).

Kadının infertiliteye yüklediği anlam; psikolojik tatminsizlik (annelik içgüdüsünün karşılanamaması), beden kontrolünü kaybetmek, doğuramamak, kendini toplumdan soyutlanmış hissetmek, duygusal olarak evlat desteğinden mahrum kalmak, toplumun kadına biçtiği sosyal rolü üstlenememek (anne, hamile, lohusa, kayınvalide), benlik değerinde düşme ve sosyal güvencenin azlığı (yaşlanınca bakacak kimse olmaması) olarak sıralanabilir (Sezgin & Hocaoğlu 2014, Yanikkerem ark. 2008).

Erkeğin infertiliteye yüklediği anlam ise; psikolojik tatminsizlik (baba olamama), doğurtamama (erkeklik işlevinde azalma), yalnız kalma, iş hayatında destek eksikliği, sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta), neslini devam ettirememek ve sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, büyük-baba) olarak sıralanabilir (Sezgin & Hocaoğlu 2014, Yanikkerem ark. 2008).

Yapılan çalışmalarla infertilitenin yalnızlığa (Kavlak & Saruhan 2002), benlik saygısında azalmaya ve umutsuzluğa (Keskin & Babacan-Gümüş 2014), yaşam kalitesinde bozulmaya, depresyona ve anksiyeteye (Kahyaoglu-Sut & Balkanlı-Kaplan 2015), sosyal baskıya ve damgalanmaya (Karaca & Ünsal

2015), evlilikte uyumsuzluğa (Keskin-Gürbüz Ş. 2007) neden olduğu saptanmıştır.

Bu sorunu yaşayanlar için infertilite, yaşamlarındaki en zor ve en sıkıntılı deneyimdir (Gürhan ark. 2008). İnfertilitenin bedensel sağlıktan çok toplumsal ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkileri vardır. İnfertil çiftlere verilen sağlık hizmetinde, içinde buldukları psikososyal durumun tanılanması ve gerekli girişimlerin yapılması, bütüncül sağlık bakımı verilmesinde oldukça önem taşımaktadır (Yeşiltepe-Oskay 2009).

2.1.7. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri

Toplum için çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan bir unsurdur. Çocuk, kişiler için yaşlılığın ve bakımın bir güvencesi olarak görülürken, ekonomisi tarıma dayalı toplumlar için de önemli bir iş gücü olarak değerlendirilmektedir. Bazı toplumlarda ise çocuk sahibi olmak kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bütün bu nedenler çocuk sahibi olamayan çiftlerin, toplumun da etkisiyle daha fazla psikolojik baskı altında kalmasına yol açmaktadır (Albayrak & Günay 2007). Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damgalanma yaratır ve kişinin kendini güçsüz hissetmesine, utanç verici bir yetersizlik olarak algılanmasına yol açar (Karaca & Ünsal 2012, Yanikkerem ark. 2008).

İnfertilite aynı zamanda tüm aile bireyleri için de bir kriz sürecidir. Ailelerin infertiliteye olan yanıtları, destekleyici olabildiği gibi yaralayıcı da olabilmektedir. Nijerya gibi pek çok Afrika ülkesinde infertiliteden genellikle kadın sorumlu tutulduğu için, çocuksuz evlilikleri olan erkeklere aileleri tarafından başka bir evlilik yapması yönünde baskı uygulandığı bildirilmiştir (Orji et al 2002, Upkong & Orji 2006). Afrika'da boşanmaların temel sebeplerinden biri olarak da infertilite gösterilmektedir. İnfertilite sebebi kadın ise erkek eşinden boşanabilir, fakat infertilite nedeni erkek ise kadın eşini boşayamaz (Kılıç ark. 2011). İran'da yaşayan 1 milyondan daha fazla çiftin boşanmalarının ana sebeplerinden biri infertilitedir (Direkvand-Moghadam et al 2014). Kamerun'da ise çocuksuz kadınlar çoğu zaman kocaları tarafından terk edilip tek başına yaşam mücadelesi vermek zorunda bırakılmaktadır. Kuveyt'te infertilite tanısı kadınlar, dışlanacaklarını düşündükleri için saklama eğilimindedirler. Arap kültüründe ise annelik kadın kimliğinin özü olarak algılanmakta, infertilite nedeni ile kadınlar kocaları tarafından terkedilmektedir (Karaca & Ünsal 2012).

192 infertil çift ile Çin'de yapılan bir çalışma bulgusuna göre, erkeklerin %20'si, kadınların %37'si "infertilitenin kadın için utanç verici" olduğunu düşünmektedir. Çiftlerin %60'ından fazlası kendilerini "baskı altında

hissettiklerini”, %50’sinden fazlası da “cinsel ilişki sırasında baskı altında olduklarını” bildirmektedir (Lau et al 2008).

İnfertilite bazen kadının aile içi şiddete maruz kalmasına da neden olabilmektedir (Yeşiltepe-Oskay 2009). Yıldızhan ve arkadaşlarının 2009 yılında Türkiye’nin Van ilinde yaptıkları çalışmada, infertil kadınların kocaları ve kocasının aile bireyleri tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada 122 infertil kadınla aile içi şiddet varlığı araştırılmış, toplamda 41 kadının (%33.6) infertil oldukları için şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu kadınların 32’sine (%78) şiddet ilk kez, infertilite tanısını almasını takiben eşleri tarafından uygulanmıştır (Yıldızhan et al 2009). Leung ve arkadaşlarının 2003 yılında 500 infertil kadınla yaptıkları çalışmada, kadınların %1,8’inin eşleri tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Bu durum şiddet mağdurlarının emosyonel iyilik haline belirgin zararlar vermiş, yaşam kalitesine ait psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt gruplarından düşük puanlar almalarına neden olmuştur (Leung et al 2003). Tuğut ve ark. yaptıkları çalışmada ise; infertilite tanısı sonrası kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı ve bu durumdan infertil kadınların çift uyumlarının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir (Kongresi 2015).

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

2.1.8. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkileri

İnfertilite yalnız tedavi gören kadını etkilemekle kalmayıp her iki eş için psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren, maddi açıdan aileye önemli ölçüde yük getiren bir yaşam krizidir (Karlidere ark. 2007, Pasch L. A. et al 2012). Yetişkin gelişiminin önemli bir fonksiyonu olarak görülen doğurganlığın, infertil çiftlerde karşılanamaması, onların sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik imajını, benlik saygısını, yaşam kalitelerini, evlilik ilişkilerini ve cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkiler (Keramat et al 2013, Kırca & Pasinlioğlu 2013, Yeşiltepe-Oskay 2009).

İnfertilite ile karşı karşıya kalan birey/çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa başlar. Bu yolculuk belli evrelere ayrılmaktadır (Özçelik ark. 2007). Blenner tarafından tanımlanan özgül infertilite evreleri, Kubler-Ross tarafından, ölen insanların aileleri ile yapılan çalışmalarda ortaya konmuş olan yas tutma süreci ile aynıdır (Kırca & Pasinlioğlu 2013). İlk evre *şok ve inanmama evresidir*. Şok evresini *yadsıma evresi* izler. Çift her yaşanan düşük kırıklıklarına yoğun stres, yorgunluk ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye

girmeme gibi gerekçeler bulmaya çalışır. Eşlerin yaşadığı sonraki evre ise *anksiyete evresidir* (Keskin & Babacan-Gümüş 2014). İnfertil olan eş, eş tarafından terk edilme endişesi yaşar, kadınlar kendini eksik, değersiz hissederken; erkekler ise erkek olma, güçlü-kudretli olma özelliklerinin yok olduğunu düşünürler. Çiftleri bekleyen sonraki evre *öfke evresidir*. Bireyler kendilerine, eşlerine, ailelerine ve çevrelerine karşı öfke duyarlar. İnfertil çiftleri bekleyen bir başka evre *kontrol kaybı evresidir* (Kırca & Pasinlioğlu 2013). Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Çünkü kişilerin bedenleri ve cinsel yaşamları didik didik edilmektedir. Çift için yaşam artık eskiden olduğu gibi 'kestirilebilir' değildir (Özçelik ark. 2007). Bu duyguların süregelen bir hal alması, eşlerde *yalnızlaşmaya ve yabancılaşmaya* yol açar. Artık çift sadece çevreden değil, birbirlerinden de uzaklaşmaya başlarlar. Çiftin yaşadığı son evre ise *suçluluk evresidir* (Keskin & Babacan-Gümüş 2014). Bu evrede eşler, diğer eşin anne-baba olmasına engel olduğunu düşünüp suçluluk duyarlar, bu duygulara ailenin ve kültürün baskıları da eklenir ve cezalandırıldıklarını düşünürler. Günlük hayattan zevk almamaya başlarlar, ilgi ve istekleri azalır ve her şey önemini kaybeder, bu evrede depresyon yaşanabilir. Daha sonra gerçekleri kabul etme ve uyum evresi gelir. Bu evrede eşlerin durumlarını gerçeğe uygun algılamaları ve durumlarıyla ilgili duygularını tanımları ve kabullenmeleri gerekir. Sağlıklı çiftler yavaş yavaş çözülme evresine girerler. Yadsımanın yerini gerçekler alır ve tedavi alternatiflerini arayıp birbirleriyle ve çevreleriyle tekrar iletişime geçerler ve davranışlarında barışçıl bir yol izlerler. Çözülme her zaman çiftin sonsuza kadar mutlu yaşaması anlamına gelmez. Bazen eşler boşanıp başka evlilikler kurma kararı verir. Bazı çiftler menopoza kadar gebe kalma çabalarını sürdürürken, bazıları IVF'ten vazgeçerek sorunu kadere bırakır (Kırca & Pasinlioğlu 2013, Yeşiltepe-Oskay 2009).

İnfertilite evreleri terminal dönemdeki hastanın yakınlarında yaşanan yas sürecine benzemektedir. Ancak infertilitede yaşamı tehdit eden ölümcül bir durum söz konusu değildir, fakat yaşam kalitesi ve çift uyumu tehdit altındadır (Kırca & Pasinlioğlu 2013). Bu nedenle infertilitenin eşlerin ortak sorunu olarak ele alınması sağlanarak, eşlerin birlikte davranması ile etkin baş etme yöntemleri geliştirilerek eşlerin birbirlerine yakınlaşması ve evlilik ilişkilerindeki mutluluk ve doyumun artırılması sağlanabilir (Türkoğlu ark. 1997). Ayrıca infertilite tedavi sürecinde bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunların bilinmesi, infertil bireylerin infertiliteye ve tedaviye uyumunu kolaylaştırabilir ve infertiliteye karşı tepkilerini azaltabilir (Kırca & Pasinlioğlu 2013).

2.1.9. İnfertilitenin Kadın ve Erkek Üzerindeki Etkileri

İnfertilite durumuna verilen reaksiyonlar açısından kadın ve erkek arasında önemli farklar mevcuttur. Stresin dışavurumunda cinsiyet farkları da önemlidir. Kadınlar rahatsızlıkları ile ilgili daha çok konuşurken, erkekler sanki daha az sorun yaşıyorlarmış gibi davranırlar (Yeşiltepe-Oskay 2009). Bu süreçte kadınlar erkeklere göre daha fazla endişe ve kendini suçlama duygusu yaşarken; tıbbi tedavi veya infertiliteye yönelik girişimlerde erkeklerin infertilite problemlerini de çözmek için daha aktif bir sorumluluk almaktadırlar (Kızılkaya-Beji & Kaya 2012).

Kadınlar infertiliteye bağlı; utanç, benlik saygısında azalma, suçluluk, anksiyete, depresyon, izolasyon duygusu, yaşam kalitesinde düşme, evlilik ve cinsel yaşamda sorunları erkeklere oranla daha fazla yaşamaktadır (Chachamovich et al 2009, Kahyaoglu-Sut & Balkanlı-Kaplan 2015, Mousavi et al 2013, Taşçı ark. 2008, Vizheh et al 2015).

Ülkemizde Ünal ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri çalışmanın sonucunda; yaş, evlilik süresi ve çocuk isteme süresi arttıkça kadınların infertiliteden etkilenme düzeyleri artmaktadır. İlkokul mezunu, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan ve gelir durumu kötü olan kadınlar infertiliteden daha çok etkilenmektedirler (Ünal et al 2010).

Yunanistan'da 404 infertil kadınla gerçekleştirilen tanımlayıcı bir çalışmada; evlilikte yaşanan stres oranının yüksekliği ve eş ile olan iletişim zayıflığının anksiyete ve depresyon düzeyini arttırdığını, buna karşılık eşler arası pozitif iletişimin evlilik ilişkilerindeki stresi azalttığını bildirmişlerdir (Gourounti et al 2012). İran'da 358 infertil çift üzerinde gerçekleştirilen bir tanımlayıcı çalışmada da; erkeklere göre kadınların infertilite ile baş etme konusunda daha zayıf olduğu belirtilmiştir (Ramazanzadeh et al 2009).

Drosdzol ve Skrzypulec'in yaptıkları çalışmada; infertil kadınlar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yaşam kalitelerinin tüm boyutları düşük bulunmuştur (Drosdzol & Skrzypulec 2008).

Ülkemizde yapılan infertil çiftlerin anksiyete ve depresyon oranlarını inceleyen bir başka çalışmada ise; infertil kadın ve erkekler arasında anksiyete ve depresyon oranları arasında fark gözlenmezken, fertil ve infertil çiftler arasında anlamlı fark saptanmıştır (Kazandi et al 2011).

Yapılan çalışmalar infertil erkeklerin infertil kadınlarınkine benzer; öfke, düşük benlik saygısı, utanç, kayıp, başarısızlık, suçluluk, yüksek anksiyete, cinsel tatminsizlik, izolasyon yaşadığını bildirmektedir. İnfertilitenin erkekler

üzerindeki en yıkıcı etkisi ise erkeklik kimliklerini sorgulamaya başlamalarıdır (Peterson et al 2007).

Zimbabve'de 311 infertil erkeğin incelendiği çalışmada; katılımcıların büyük çoğunluğunda stres ve orta düzeyde depresyon belirtileri gözlenirken, ayrıca erkeklerin çoğunlukla infertilitenin eşlerinden kaynaklandığını düşündükleri belirlenmiştir (Folkvord et al 2005).

İnfertilite tedavisi görmüş ancak başarısız olmuş 256 erkek üzerinde yapılan bir başka çalışmada; tüm erkeklerde ruh sağlığında bozulma, fiziksel stres belirtilerinde artma, sosyal destekte azalma ayrıca sosyal stres düzeyinde artma saptanmıştır (Peronace et al 2007).

Karlıdere ve arkadaşlarının çalışmasında; infertil çiftlerde kadınların sosyal desteğinin ve emosyonel zorlanmasının daha fazla, erkeklerin ise cinsel işlev alanında daha sorunlu olduğu, bunun yanında her iki cinsiyet için de yeterli sosyal desteğin emosyonel semptomları azalttığı bildirilmiştir (Karlıdere et al 2007).

Güleç ve arkadaşlarının çalışmasında ise; çift uyumu bağlamında infertilite grubundaki hem kadın hem de erkeklerin kontrol grubuna göre daha fazla sorunları olduğu saptanmıştır (Güleç et al 2011).

2.2. İnfertilite ve Çift Uyumu

İnsanın doğası gereği evlilikte erkek ve kadın arasındaki uyum eskiden beri önemli bir sorun olmakla birlikte, günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken bir durum haline gelmiştir. Çünkü eşler arasındaki uyumsuzluklar sadece o evliliğin dağılmasına zemin hazırlamakla kalmamakta, aynı zamanda sosyal bir sorun olarak tüm toplumu ilgilendirmektedir (Şener & Terzioğlu 2002).

Evlilik uyumu çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatlarında yaşadıkları memnuniyet ve mutluluk olarak tanımlanmıştır. Böylece, çiftlerden her ikisinin de ilişki sürdürebilme kapasiteleri evlilik uyumunu sağlamak için önemli hale gelmektedir. Evlilik uyumu ile ilgili yapılan araştırmalardan, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, evlilik biçimi, evlilik süresi, yaş, evlilik yaşı, tanışma süresi gibi faktörlerin evlilik uyumunu etkilediği görülmüştür (Gümüşdaş & Ejder-Apay 2016). Çiftlerin evlilik uyumlarını etkileyen birçok faktör bulunmakla birlikte infertilitenin çift uyumu bağlamında önemli sorunlara yol açtığı da belirtilmektedir (Güleç et al 2011).

İnfertil çiftlerde evlilik uyumu ile ilişkili çalışmalara bakıldığında birbirinden farklı sonuçlarla karşılaşmaktadır. Bazı çalışmalarda infertilite sorununun, çiftlerin evlilik ilişkilerini olumlu yönde etkilediği, çiftleri yakınlaştırdığı ve evliliği güçlendirdiği söylenmektedir. Bu çalışmalara göre paylaşılan stres, yas ve hayal kırıklıkları çiftler arasındaki uyumu arttırdığı ve evlilik ilişkisinin gelişimine katkıda bulunduğu görülmektedir (Holter et al 2006, Repokari et al 2007, Schmidt et al 2005). Bodur ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada genel olarak, infertil çiftlerde evlilik uyumu arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinin düştüğü, aileden algılanan sosyal desteğin evlilik uyumu üzerine olumlu etkisinin olduğu görülmüştür (Bodur et al 2013).

İnfertilite süresinin uzaması eşlerin birbirini suçlamasına ve evlilik uyumunda bozulmaya neden olmaktadır (Sezgin & Hoccoğlu 2014). Berg ve Wilson infertilite süresinin ilk 2 yılında evlilik uyumu seviyesinin ortalamasının üzerinde olduğunu, fakat 3 yıldan sonra düştüğünü saptamışlardır (Berg & Wilson 1991). Şen ve arkadaşlarının 2014 de yaptıkları çalışmada ise; evlilik yılı fazla olan kadınların evlilik uyumunun daha fazla olduğu saptanmıştır (Şen ark. 2014).

İnfertilite nedenlerinin evlilik uyumu üzerindeki etkisine bakıldığında, kadınlarda evlilik uyumu sorunun her iki eşten kaynaklandığı durumlarda en yüksek iken, kadın faktörü, erkek faktörü ve açıklanamayan infertilite sırasıyla azalmaktadır. Bodur ve arkadaşlarının 2013'de yaptıkları çalışmada erkekler için evlilik uyumu ile infertilite nedeni arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir (Bodur ark. 2013).

Erkek ve kadınların infertilite ile başa çıkma biçimlerinin de evlilik uyumunu etkilediği söylenmektedir. Özellikle erkeklerin konuşmadığı, infertilite ve tedavisini gizlediği durumlarda infertilitenin evlilik üzerine etkisini de daha olumsuz görmektedirler. Erkeklerin fertilitate tedavisine ilgisi ve bu tedaviye katılımları arttıkça, eşlerin iletişimlerinde olumlu değişiklikler ve infertilitenin evlilik üzerinde daha olumlu etkilerinin ortaya çıktığı görülmektedir (Eren 2008).

2.3. İnfertilite ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından kullanılmış olup, bireylerin yaşamları ile ilgili genel doyumları ve iyilik durumlarını algılayış biçimleri olarak tanımlanan, kişisel-kültürel değerler, inançlar, kendini algılama, hedefler ve yaşam beklentisinin etkisi ile şekillenen subjektif bir kavramdır (Bayram 2009). Dünya Sağlık Örgütü de benzer şekilde yaşam kalitesini, "bireyin, gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın

değer yargıları, gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında, hayatta kendi durumunu algılama biçimi” olarak tanımlamıştır (Group 1995).

Yaşam kalitesi kavramı, asırlardır esenlik ve mutluluk olarak felsefenin konusu olmuştur. 1960’lı yıllarda ABD’de politik tartışmalar sonucunda ortaya atılmış, öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonraki yıllarda psikoloji biliminin uğraşı alanına girmiştir (Dolgun 2003). Farklı bilimler yaşam kalitesini değişik şekillerde tanımlamıştır. Örneğin; ekonomistler tarafından daha çok ekonomik açıdan yaşam düzeyi kavramına yakın bir anlamda ele alınmış, sosyologlar ise yaşam biçimi ile ilgili tanımlamalar yapmışlardır (Bayram 2009).

Sağlık alanında “yaşam kalitesi” kavramı ise ilk kez JR Ekinton tarafından kullanılmıştır (Dolgun 2003). “Sağlık alanında yaşam kalitesi” kavramı “yaşam kalitesi” kavramına benzerdir. “Sağlık alanında yaşam kalitesi” bireylerin sağlık sorunlarını, sosyal desteğini ve sosyo-ekonomik durumunu da içine alan, algılanan fiziksel ve zihinsel sağlık durumu olarak tanımlanmıştır (Belen 2012). Son yıllarda teknolojinin ilerlemesi, sağlıkta başarılı sonuçların alınması, yaşam süresinin uzaması ve tüm bunlara paralel olarak hastaların fiziksel ve psikososyal sorunlarıyla daha fazla ilgilenme gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Çavuşoğlu 2015).

Kanser tedavisindeki hızlı gelişme ile hastaların uzun yaşamı, daha kısa ama daha kaliteli bir yaşama değişip değişmeyeceği konusu hatta tedavi, hastalıktan daha mı kötü konusu gündeme gelmiş ve sağlık alanında yaşam kalitesi ilk olarak onkoloji alanında ele alınmıştır. Yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar hızlı bir gelişme göstermiş ve 1990’larda giderek artmıştır. 1992’de sadece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmaları yayınlayan “International Society of Quality of Life” isimli bilimsel bir dergi yayına başlamıştır (Dolgun 2003).

İnfertilite ve yaşam kalitesi hakkındaki ilk çalışma ise Leiberman ve Insler tarafından 1982 yılında yayınlanmıştır (Montazeri 2007). İnfertilite yaşam kalitesini olumsuz etkilediği için, fertilite problemleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çeşitli araştırmalar mevcuttur (Belen 2012).

İnfertilite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara baktığımızda;

Fekkes ve arkadaşları 2003 yılında “IVF tedavisi planlanan çiftlerde yaş ve cinsiyetin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini nasıl etkilediğini ortaya koydukları çalışmada; algılanan emosyonel, sosyal, bilişsel ve fiziksel işlevi ortaya koyan 4 alt boyut olarak incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini 447 kadın ve 425 erkek hasta oluşturmuştur. Bu çalışmanın sonucunda; genç

kadın ve erkeklerde (21±30 yaş) planlanan IVF tedavisinin, aynı yaş grubundaki genel nüfusa göre kısa süreli daha fazla sosyal ve duygusal sorunlara yol açtığı, tüm yaş gruplarında ise fiziksel ve bilişsel anlamda farklılık olmadığı saptanmıştır (Fekkes et al 2003).

Monga ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları "infertilitenin yaşam kalitesi, evlilik uyumu ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi" adlı çalışmada; fertilitate problemi olan kadınların yaşam kalitesinin ve evlilik uyumunun kontrol grubuna göre daha kötü olduğu, erkeklerin ise cinsel açıdan daha az tatmin oldukları saptanmıştır (Monga et al 2004).

Lau ve arkadaşlarının 2008'de Çin'de 192 infertil çift üzerinde yaptıkları çalışmada; düşük gelirin, kötü bir evlilik ilişkisinin, infertilite ile ilgili algıların, infertiliteden dolayı kişinin kendisinden ya da eşinden baskı görmesinin ve şiddetli çocuk arzusunun yaşam kalitesinin önemli derecede olumsuz etkilediği saptanmıştır (Lau et al 2008).

Kuş' un 2008 de yaptığı "infertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi" adlı çalışmasında yaş ilerledikçe ve infertilite süresi uzadıkça, sosyal destek ve yaşam kalitelerinin duygusal boyutunda değişiklikler olduğunu, geniş ailede yaşayan kadınların çekirdek aileye kıyasla bu durumdan daha fazla etkilendiklerini belirtmiştir (Kuş 2008).

Rashidi ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları çalışmada; IVF Tedavisi alan kadın ve erkeklerin yaşam kalitesine bakıldığında elde edilen bulgulara göre erkeklerin kadınlara göre daha iyi ve kaliteli yaşam sürdürdükleri saptanmıştır. Genel olarak, genç yaşta olma, kadın olma ve düşük eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki önemli derecede anlamlı bulunurken; infertilite süresi, daha önce infertilite tedavisi alma ya da infertilite nedenleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (Rashidi et al 2008).

Drosdzol ve arkadaşlarının 2008'de 206 infertil çift ve 190 fertil kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada; eğitim seviyesi düşük ve çalışmayan ileri yaştaki kadınlarda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Klinik olarak seksüel bozukluğun ise eğitim seviyesi düşük ve daha önce erkek faktörlü infertilite tanısı almış ileri yaş erkeklerde daha yaygın olduğu saptanmıştır (Drosdzol & Skrzypulec 2008).

Chachamovich'in ve arkadaşlarının 2009'da yaptıkları "infertil kadın ve erkeklerde yaşam kalitesinin uyumu: çiftte dayalı bir çalışmadan bulgular" adlı çalışmanın sonucunda yaşam kalitesi puanlamasının çiftler arasında dikkate

değer şekilde farklı olmadığına, kadın ve erkeğin yaşam kalitesinin benzer şekilde etkilendiğini ortaya koymuştur (Chachamovich et al 2009).

Onat ve Beji'nin 2009'da yaptıkları çalışmada infertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerinde olumsuz etkisinin olmadığı ve cinsiyetler arasında farklılığın olmadığı saptanmıştır (Onat & Beji 2012).

Belen' in 2012 de "doğurganlık sorunu yaşayan bireylerdeki algılanan yaşam kalitesi ve baş etme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi" adlı çalışmada; erkeklerin yaşam kalitesinin tüm altı alt boyutta kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Dört baş etme becerisinden sadece anlam üzerine kurulu baş etme becerisini, erkeklerin kadınlardan daha çok kullandığı, cinsiyet farkı göz önüne alındığında ise aktif yüzleşme ve anlam üzerine kurulu baş etme stratejisinde istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Görüşmelerde ise, kadınların en çok aktif yüzleşme, en az pasif kaçınma baş etme becerilerinin kullandıkları görülmüştür (Belen 2012).

Mousavi ve arkadaşlarının 2013 de yaptıkları çalışmada ise infertilitenin çiftlerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu saptanmıştır (Mousavi et al 2013).

Karabulut ve arkadaşlarının ülkemizde 2013 yılında 273 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; yaşam kalitesinin sekonder infertil olan hastalarda ve eğitim seviyesi yüksek kadınlarda daha yüksek, fakat primer infertil ve infertilite süresi uzun hastalarda daha olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Karabulut et al 2013).

Keramat ve arkadaşlarının 2013'de İran'da 385 infertil çift ile yaptıkları çalışmada yaşam kalitesinin kendine saygı, sosyal destek, cinsel doyum ve evlilik uyumu ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (Keramat et al 2013).

Direkvand-Moghadam ve arkadaşlarının 2014'de yaptıkları "yaşam kalitesi üzerinde infertilitenin etkisi, kesitsel bir çalışma" adlı çalışmada; yaşam kalitesinin tüm zihinsel boyutlarındaki puanlamaların infertil kadınlar ile karşılaştırıldığında fertil kadınlarda daha yüksek olduğu, tüm fiziksel boyutların puanlamalarında ise fertil kadınlar ile infertil kadınlar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptanmıştır (Direkvand-Moghadam et al 2014).

Sut ve Kaplan'ın 2015'de 89 infertil kadın ile yaptıkları çalışmada depresyon ve anksiyete seviyesinin artması kadınlarda yaşam kalitesinin önemli derecede azaldığı görülmüştür (Kahyaoglu-Sut & Balkanlı-Kaplan 2015).

Literatürde infertil çiftlerde yaşam kalitesini inceleyen çalışmalara bakıldığında; kadın olmak, yaş faktörü, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, infertilite süresi, kötü evlilik ilişkisi, baskı altında olma, şiddetli çocuk isteme arzusu, primer infertilite, kadın faktörlü infertilite, başarısız IVF deneyiminin olması, geniş aile yapısı gibi birçok faktörün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Yapılan bu çalışmalar ışığında, hemşire infertil çiftlerin evlilik uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri bilmeli ve bu zorlu süreçte çiftlerin profesyonel desteğe gereksinimleri olduğunu unutmamalıdır.

2.4. İnfertil Çifte Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite tanısı ve tedavisi infertil çiftler üzerinde yoğun bir duygusal baskı, stres ve panik durumu oluşturmaktadır. Bu aşamada infertil bireylerle en sık karşılaşan sağlık personeli olan infertilite hemşireleri yaşanan stresin azaltılmasında kilit rol üstlenmekte ve infertil çiftler için anahtar bilgi kaynağı olmaktadır (Nursing 2011, Statement 2014).

Fertilite problemi olan çiftlere tanı aşamasından başlayarak tedavi süreci boyunca tüm aşamalarda yardımcı olabilmek için değişik hemşirelik girişimleri gerekmektedir. Tedavi ile ilgili karar vermede hastaya yardım etmek, tedavinin sonuçlarına rağmen yaşamın ve kendinin başarılı yönleri üzerine odaklanmasını sağlamak, kişilerarası ilişkilerini geliştirmesini ve sürdürmesini teşvik etmek gibi stratejilerin yürütülmesinde ve devamında hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Kızılkaya- Beji ark. 2009). Hemşire eşlerin infertilite sebebini, hangi yaşam evresinde olduklarını ve emosyonel durumlarının kişisel değerlendirmesini yaptıktan sonra tedavi sırasında uygun bakımı sağlayacak girişimlerde bulunmalıdır (Benli 2010).

İnfertil çiftlerin iyi karşılanmaya, duygularını ifade edebilecekleri rahat bir ortama ve kendilerini dinleyebilecek birilerine ihtiyaçları vardır. İnfertilite tedavisi aylar, hatta yıllarca devam etse bile hemşirelik bakımında bütüncül bir yaklaşım geliştirilmelidir. Hemşirenin odağı, sadece infertilite testlerinin sonuçları değil, bireyi bir bütün olarak ele almak olmalıdır. Hemşirenin verdiği bakıma empati katması ve bireye değerli olduğunu hissettirmesi oldukça önemlidir (Şen 2011).

İnfertilite hemşirelerinin ekip içerisinde değişen ve gelişen rollerinin bir gereği olarak, tıbbi bakımdaki rolün yanı sıra, bilgi verme, araştırmacı, koordinatör-yönetici, hasta hakları savunucusu, eğitici-danışmanlık ve psikolojik destek olma rolleri yer almaktadır (Partovi-Meran & Kızılkaya-Beji 2016).

Tıbbi Bakımdaki Rolü: Hemşireler bu rolleri ile çiftlerin gereksinimlerine bütüncül bir anlayışla yaklaşarak, bakım uygulamalarına karar verir, planlayıp uygular ve bakımın sonucunu değerlendirir.

YÜT aşamalarında çiftlerin yanında bulunmak, hekimi asiste etmek ve ovum aspirasyonu, embriyo transferi gibi işlemler için hastanın hazırlığı, işlem sonrası izlem uygulamaları hemşirenin tıbbi bakımdaki görevlerindedir (Dinç & Kızılkaya-Beji 2001).

Bilgi Verme: Hemşire infertilite ile ilgili tedaviler hakkında bireyin/çiftin anlaşılır bilgi almasını sağlamalıdır. Bunun için hemşireler, infertilite ve buna yönelik tedavilerin tüm yönleri hakkında güncel bilgiye sahip olmalı; infertilite alanında özel eğitim almalıdırlar (Bayram 2009, Kırca & Pasinlioğlu 2013).

Araştırmacı rolü: İnfertilite hemşireliğini spesifikleştiren ve uzmanlık alanı olarak görülmesini sağlayan en önemli rollerden biri araştırma yaparak, sonuçlarını uygulamaya yansıtılabilmektir (Breidahl 2005, Kızılkaya- Beji ark. 2009). İnfertilite alanında hemşirelik araştırmalarının sonuçları subjektif iken, hekimler tarafından yapılan araştırmalar genellikle objektiftir. Örneğin; hemşireler infertilitede luteal faz desteği tedavisini hastanın nasıl tolere ettiğini, psikolojik durumunu değerlendirirken, aynı çalışmada hekimler lüteal faz desteğinin endometriuma olan etkisi ile ilgilenirler. Hemşireler diğer disiplinler gibi infertilite ile ilgili klinik çalışmalara katılmakta ve Amerikan Reprodüktif Tıp Birliği gibi kurumlar tarafından desteklenmektedir (Partovi-Meran & Kızılkaya-Beji 2016).

Koordinatör-Yönetici Rolü: Hemşirenin koordinasyon rolü geleneksel hemşirelik uygulaması kapsamındadır. İnfertilite hemşiresi ekip içinde ve ekiple infertil çift arasında koordinasyonu sağlar ve hekim, laborant ve embriyolog ile uyum içinde çalışır. Ekip içindeki multidisipliner yaklaşım sonucunda alınan kararları ve uygulama protokollerini infertil çiftte doğru bir şekilde aktarır (Kızılkaya- Beji ark. 2009, Partovi-Meran & Kızılkaya-Beji 2016).

Hemşire yönetici rolünde, idari ve klinik işlerin uyumlu, etkili ve düzgün olarak sürdürülmesini sağlar. Yönetici hemşire hem ekip arkadaşlarının eğitiminden, hem de bu eğitimin devamlılığından ve bakım standartlarının sürekliliği ve kalitesinden sorumludur. İnfertilite hemşiresi infertil çiftin bakımının yönetiminden ve tıbbi prosedürlerle koordinasyonundan sorumludur (Kızılkaya- Beji ark. 2009, Partovi-Meran & Kızılkaya-Beji 2016).

Hasta Hakları Savunucusu: Hemşirenin infertilite tedavi sürecinde hasta ile hekim arasında işbirliği oluşturmayı sağladığı ve hasta haklarına uygun tutum ve davranış sergilediği rolüdür. Hastayı işlemler, riskleri ve etkileri hakkında bilgilendirerek, tedavisi hakkında bilinçli karar almasını sağlar ve bu kararında bireyi destekler (Uğur 2014).

Eğitici-Danışmanlık Rolü: İnfertil çiftin değerlendirilme aşamasında hemşirelerin psikolojik desteği ve bilgi vermesi son derece önemlidir. Hemşirelerin bu aşamada hangi testin neden yapıldığı, nasıl uygulanacağı konusunda eğitimi stres faktörünü azalttığı için tedavi sonucunu olumlu yönde desteklemektedir (Kızılkaya- Beji ark. 2009).

Bazı ülkelerde infertil çiftlerin tedavi aşamasına geçmeden önce hemşire ya da psikolog tarafından psikolojik destek ve danışmanlık hizmeti almaları zorunludur. Örneğin; Avustralya'nın bazı eyaletlerinde IVF ya da GIFT hatta en basit tedavilerde bile 1 saatlik danışmanlık hizmeti alınması, eğer gamet donörlüğü olacaksa daha yoğun danışmanlık hizmeti alınması zorunludur. Hemşirelerin danışmanlık hizmeti verebilmeleri için YÜT'le ilgili etik konuları, yaşadığı toplumun kültürü, inancı ve yasal düzenlemelerini bilmesi gerekmektedir (Breidahl 2005, Partovi-Meran & Kızılkaya-Beji 2016).

İnfertilite hemşireleri danışmanlık kapsamında psikolojik destek sağlamak için;

- İnfertil çiftlerin yaşadıkları duruma karşı tepkilerini değerlendirmek,
- İnfertil çiftlerin yaşadığı stres kaynağını ortaya çıkarmak, (tanı aşaması, tedavinin başarısız olması gibi)
- İnfertil çiftlerin yaşadıkları anksiyeteyi azaltmak,
- Tedavi seçenekleri konusunda konuşmak,
- Tedavi konusunda gerçekçi beklentilere yönlendirmek,
- İnfertil çiftlerin özgüvenlerini sürdürmelerini desteklemek gibi konulara odaklanılabilir (Partovi-Meran & Kızılkaya-Beji 2016).

Psikolojik Destek Olma Rolü: İnfertil çiftlerin birbirinden farklı ihtiyaç ve destek gereksinimleri vardır. Hemşire profesyonel bakış açısı ile bu farklı evrelere göre gereksinimlerin neler olduğunu belirlemek durumundadır. Hemşire bu süreçte stres, korku, heyecan yaşayan çiftin psikolojik rahatlığını sağlamak, siklusunu en rahat ve stressiz geçirmesini sağlamak durumundadır. Başarısız bir YÜT denemesinden sonra depresyon, üzüntü, kızgınlık ve benlik saygısının kaybı gibi duygularda artış olduğu, somatik ve fiziksel bozuklukların görülebileceği belirtilmektedir. Bu nedenlerden dolayı hemşirelerin çiftlere psikolojik destek olması gerekmektedir (Dinç & Kızılkaya-Beji 2001).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerde çift uyumu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15 Mart 2016 - 06 Haziran 2016 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Hikmet Hassa Üreme Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı hastanenin seçilme nedeni; Eskişehir'de devlet destekli tek tüp bebek merkezi olması, çocuk istemi ile Eskişehir'den ve çevre illerden yapılan yıllık başvuru sayısının yüksek olması, ulaşımın kolay olması, merkezin uzun zamandır hizmet veriyor olması, tüm sosyo-ekonomik düzeydeki çiftlere hitap etmesi ve merkezdeki tek üniversite hastanesine bağlı üreme sağlığı merkezi olmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Mart 2016 - Haziran 2016 tarihleri arasında "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Hikmet Hassa Üreme Sağlığı Merkezi"ne başvuru yapan tüm çiftler oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

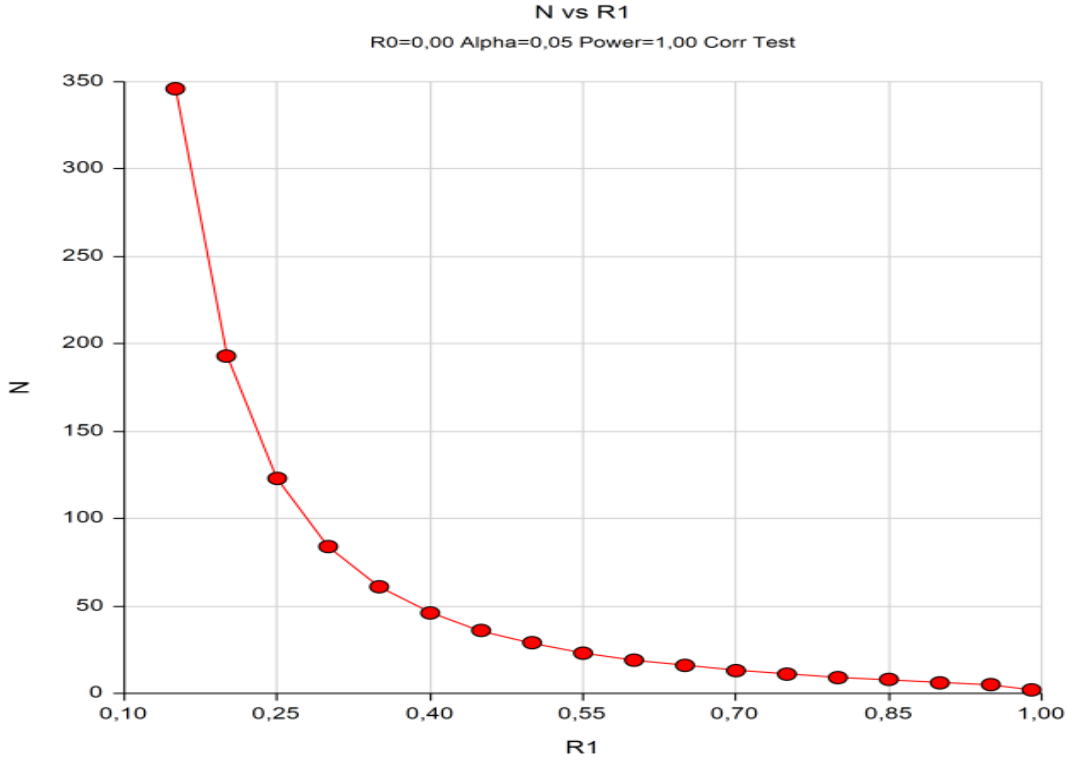
Araştırmanın örneklemi evrende açıklanan grup içinden örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan infertil çiftler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem grubuna alınacak çiftlerin sayısı, güç %80 ve birinci tip hata %5 alınarak yapılan güç analizi sonucunda hesaplanmıştır.

Güç analizine ek olarak "Çiftler Uyum Ölçeği" ve "FertiQol Ölçeği" arasında korelasyon ilişkisi ise en az 0,15 olacak şekilde aşağıda belirtildiği şekilde hesaplanmıştır.

Korelasyon Güç Analizi

Güç	N	Alpha	Beta	R0	R1
0,80048	346	0,05000	0,19952	0,00000	0,15000
0,80008	193	0,05000	0,19992	0,00000	0,20000
0,80224	123	0,05000	0,19776	0,00000	0,25000
0,80034	84	0,05000	0,19966	0,00000	0,30000
0,80147	61	0,05000	0,19853	0,00000	0,35000
0,80225	46	0,05000	0,19775	0,00000	0,40000
0,80656	36	0,05000	0,19344	0,00000	0,45000
0,81394	29	0,05000	0,18606	0,00000	0,50000
0,80800	23	0,05000	0,19200	0,00000	0,55000
0,81402	19	0,05000	0,18598	0,00000	0,60000
0,82463	16	0,05000	0,17537	0,00000	0,65000
0,81695	13	0,05000	0,18305	0,00000	0,70000
0,82637	11	0,05000	0,17363	0,00000	0,75000
0,82016	9	0,05000	0,17984	0,00000	0,80000
0,85878	8	0,05000	0,14122	0,00000	0,85000
0,81582	6	0,05000	0,18418	0,00000	0,90000
0,85806	5	0,05000	0,14194	0,00000	0,95000
1,00000	2	0,05000	0,00000	0,00000	0,99000



Şekil 3.1. Çift Uyumu ve Yaşam Kalitesinin Korelasyon İlişkisi

Yapılan istatistiksel hesaplamalar sonucunda ulaşılması gereken kişi sayısı şekilden de anlaşılacağı gibi 0,15 korelasyon ilişkisi ile 346 olarak hesaplanmıştır. Örneklemeye alınan vaka sayısında düşme/azalma olacağı düşünülerek bu sayının üzerine çıkılarak 400 kişiyle (200 Kadın+200 Erkek) çalışma yapılması planlanmıştır. Çalışma 209 erkek ve 213 kadın olmak üzere toplam 422 kişi ile tamamlanmıştır.

3.3.3. Örneklemeye Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olması,
- Uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik değerlendirme sonucunda primer veya sekonder infertilite tanısı almış olması,
- Çocuk sahibi olma isteğiyle tedavi arayışı içinde olması,
- Evli olması,

- Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsünün olmaması ya da bu nedenden dolayı tedavi görüyor olmaması,
- Okur-yazar olması,
- İletişim engelinin olmaması.

Tablo 3.3. Araştırma Planı ve Takvimi

FAALİYETLER	Eylül- Kasım 2015	Aralık 2015	Mart 2016	Mart- Haziran 2016	Temmuz- Ağustos 2016	Eylül 2016
Literatür tarama						
Tez önerisi verilmesi ve kabulü						
Etik kurul onayının alınması						
Verilerin toplanması						
Verilerin Analizi						
Tez Yazım Süreci						
Tez bitirme sınavı						

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında kullanılan sorgulama formları;

- *Tanıtıcı Bilgi Formu,*
- *Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ)* (Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Sayın Fışiloğlu, ölçeğin tamamının çalışmada sunulmasını istemediği için ölçeğin ilk 4 maddesi ekte sunulmuştur. Ölçeğe ulaşmak isteyenler fisil@metu.edu.tr adresinden Sayın Fışiloğlu ile iletişime geçebilirler),
- *Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol Ölçeği).*

3.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-4)

İnfertil çiftlere uygulanan tanıtıcı bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda geliştirilmiştir. Tanıtıcı bilgi formu;

- Sosyodemografik özellikleri (*yaş, eğitim durumu, gelir durumu, meslek vb.*),
- Evlilik ve infertilite öykülerini (*gebelik öyküsü, evlenme yaşı, evlilik sayısı, kaç yıldır çocuk sahibi olamadığı, ne kadar süredir infertilite tedavisi gördüğü, infertilite sebebinin kime ait olduğu vb.*) içeren 30 sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.2. Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (EK-5)

Orijinal adı "Dyadic Adjustment Scale (DAS)" olan ÇUÖ, 1976'da Spanier tarafından evli veya birlikte yaşayan çiftlerin algıladığı biçimiyle ilişkinin niteliğini değerlendirmek için geliştirilmiştir (Spanier 1976). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2000 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır (Fışiloğlu & Demir 2000). ÇUÖ ilişkiyi dört ayrı yönden değerlendiren, toplam 32 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları;

1. **Çift Doyumu (Dyadic satisfaction):** Duygu ve iletişim ile ilgili olumlu ve olumsuz özellikleri değerlendiren 10 maddeden (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32) oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek maksimum puan 50'dir.

2. Çiftlerin Bağlılığı (Dyadic cohesion): Birlikte geçirilen zaman ve münazaraları anlatan 5 maddeden (24, 25, 26, 27, 28) oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek maksimum puan 24'tür.

3. Çift Uyum (Dyadic consensus): Evlilik ilişkisi içinde önemli konularda anlaşma düzeyi, fikir birliği ile ilgili 13 maddeden (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek maksimum puan 65'tir.

4. Sevgi Gösterme (Affectional expression): Sevgi gösterme, sevgi hakkında anlaşmaya dair ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeden (4, 6, 29, 30) oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek maksimum puan ise 12'dir.

Ölçeğin toplam ölçüm puanları bireyin "evlilik doyumu" ve "tatmin derecesini" yansıtmaktadır. Ölçeğin bazı maddeleri beşli (2 soru), bazıları altılı (27 soru) ve bazıları yedili (1 soru) likert tipi ölçüm sağlamaktadır. İki madde ise "evet" ve "hayır" olarak cevaplandırılmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının Cronbach α iç tutarlılık kat sayısı 0,92, alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla;

- Çift doyumu alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0,83,
- Eşler arası bağlılık alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0,75,
- Çift uyumu, anlaşma düzeyi alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0,75,
- Sevgi gösterme alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0,80 olarak belirtilmiştir (Fışiloğlu & Demir 2000).

Ölçekte minimum puan "0" iken, maksimum puan "151" dir. Ölçeğin kesme noktası olmayıp, elde edilen puanın yüksek olması kişinin evlilik uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir (Fışiloğlu & Demir 2000).

3.4.1.3. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol Ölçeği) (EK-6)

Ölçek, çeşitli mesleklere sahip 11 ülkeden 27 uzman (araştırmacı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, danışman, jinekolog, hemşire) tarafından geliştirilen, "fertilite problemleri yaşayan kişiler için yaşam kalitesini değerlendiren" ilk uluslararası geçerliliği olan bir ölçektir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Boivin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Ölçek genel 2 boyuttan (çekirdek modülü ve tedavi modülü) oluşan 34 maddeden ve fiziksel sağlık ile hayat kalitesini ölçen genel 2 soru (A. Sağlıkınızı nasıl değerlendirirsiniz? B. Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?) olmak üzere toplam 36 maddeden oluşmaktadır.

➤ Ölçeğin alt boyutları;

1. "Çekirdek Modülü" 4 alt boyutu ve 24 maddeyi içermektedir;

- **Duygusal** alt boyut (Q₄^{*}, Q₇, Q₈, Q₉, Q₁₆, Q₂₃) yaşam kalitesi üzerinde negatif duyguların (kıskançlık, üzgün, depresyon gibi) etkisini gösteren 6 madde,
- **Zihin-Beden** alt boyut (Q₁, Q₂, Q₃, Q₁₂, Q₁₈, Q₂₄) infertilitenin fiziksel sağlık, bilişsel ve davranışlar üzerine etkisini gösteren 6 madde,
- **İlişkisel** alt boyut (Q₆, Q₁₁^{*}, Q₁₅^{*}, Q₁₉, Q₂₀, Q₂₁^{*}) ilişkiler üzerinde fertilitate problemlerinin etkisini gösteren 6 madde,
- **Sosyal** alt boyut (Q₅, Q₁₀, Q₁₃, Q₁₄^{*}, Q₁₇, Q₂₂) ise sosyal etkileşimlerin fertilitate problemlerinden ne boyutta etkilendiğini gösteren 6 maddeden oluşmaktadır.

2. "Tedavi Modülü" ise 2 alt boyutu ve 10 maddeyi içermektedir;

- **Tedavi Çevresi** alt boyut (T₂^{*}, T₅^{*}, T₇, T₈, T₉, T₁₀) tedavinin kalitesinin ve erişilebilirliğinin yaşam kalitesini ne boyutta etkilediğini gösteren 6 maddeden,
- **Tedavi Tolerasyonu** alt boyut (T₁, T₃, T₄, T₆) ise fertilitate tedavisinin bir sonucu olarak zihinsel ve fiziksel semptomların boyutunu ve günlük yaşam üzerindeki etkisini gösteren 4 maddeden oluşmaktadır.

(* /Ters sorular olduğunu göstermektedir.)

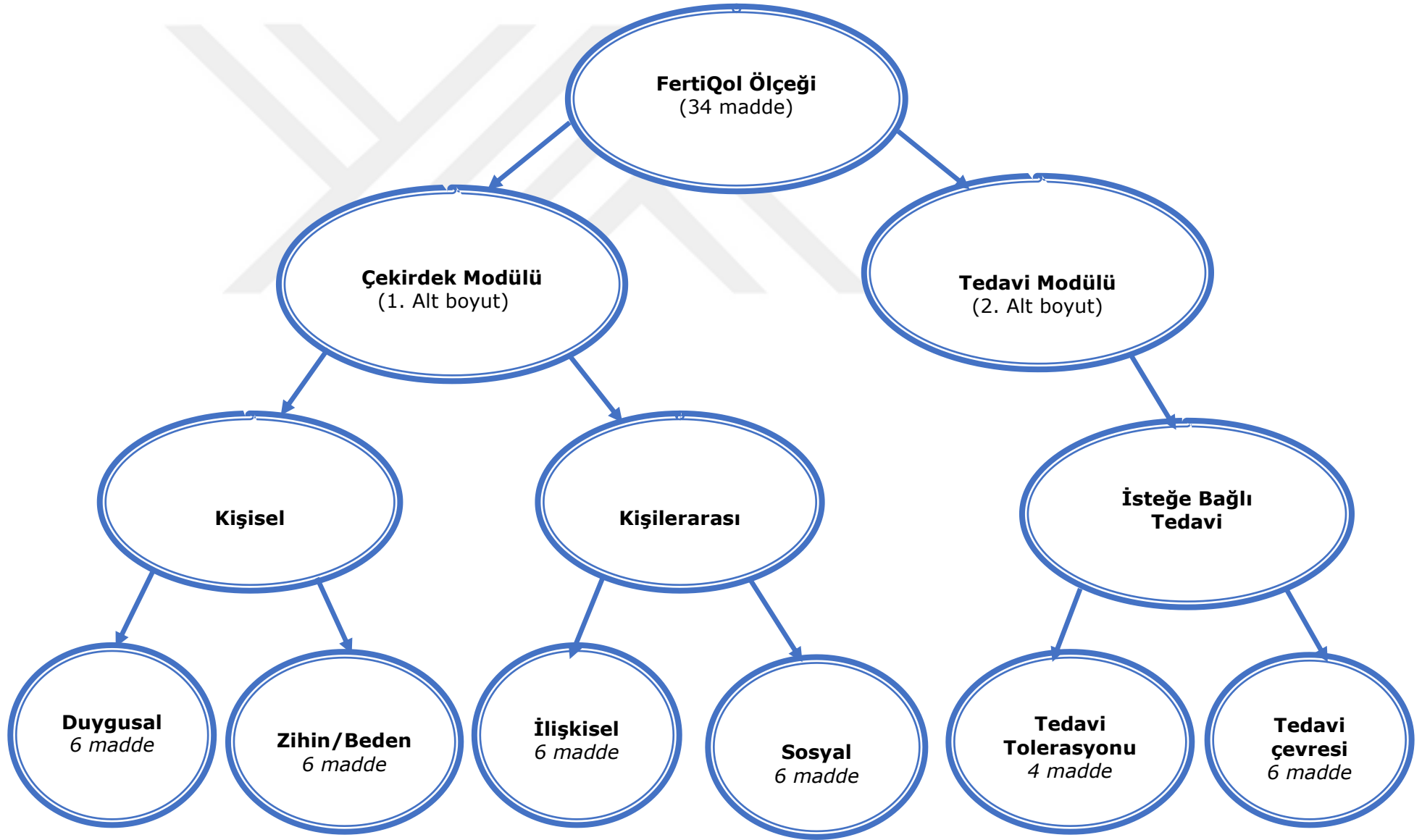
Ölçeğin Cronbach α değerleri;

- Toplam ölçek için 0.92,
- Çekirdek modülü için 0.92,
- Tedavi modülü için 0.81,
- Duygusal boyut için 0.90,
- Zihin-beden boyutu için 0.84,
- İlişkisel boyut için 0.80,
- Sosyal boyut için 0.75,
- Çevresel boyut için 0.84,
- Tedavi tolerasyonu için 0.72 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ise 2008 yılında Ertüzün tarafından yapılmıştır. Ölçekte minimum puan "0" iken, maksimum puan "100" dür. 5'li likert tipi ölçüm sağlamaktadır. 0 ve 4 arasında puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınan puanının yükselmesi, yaşam kalitesinin yükselmesi anlamına gelmektedir.

Tablo 3.4. FertiQol Ölçeğinin Maddelere Göre Dağılımı

Çekirdek Modülü					Tedavi Modülü	
	Duygusal	Zihin/Beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi Tolerasyonu	Tedavi Çevresi
Maddeler	Q4R Q7 Q8 Q9 Q16 Q23	Q1 Q2 Q3 Q12 Q18 Q24	Q6 Q11R Q15R Q19 Q20 Q21R	Q5 Q10 Q13 Q14R Q17 Q22	T1 T3 T4 T6	T2R T5R T7 T8 T9 T10

Tablodaki maddeler FertiQol Ölçeğindeki maddeleri belirtmektedir. "Q" Çekirdek Modülündeki maddeleri gösterirken, "T" Tedavi Modülündeki maddeleri göstermektedir. "R" ise ters soruları belirtmektedir (www.fertiqol.org).



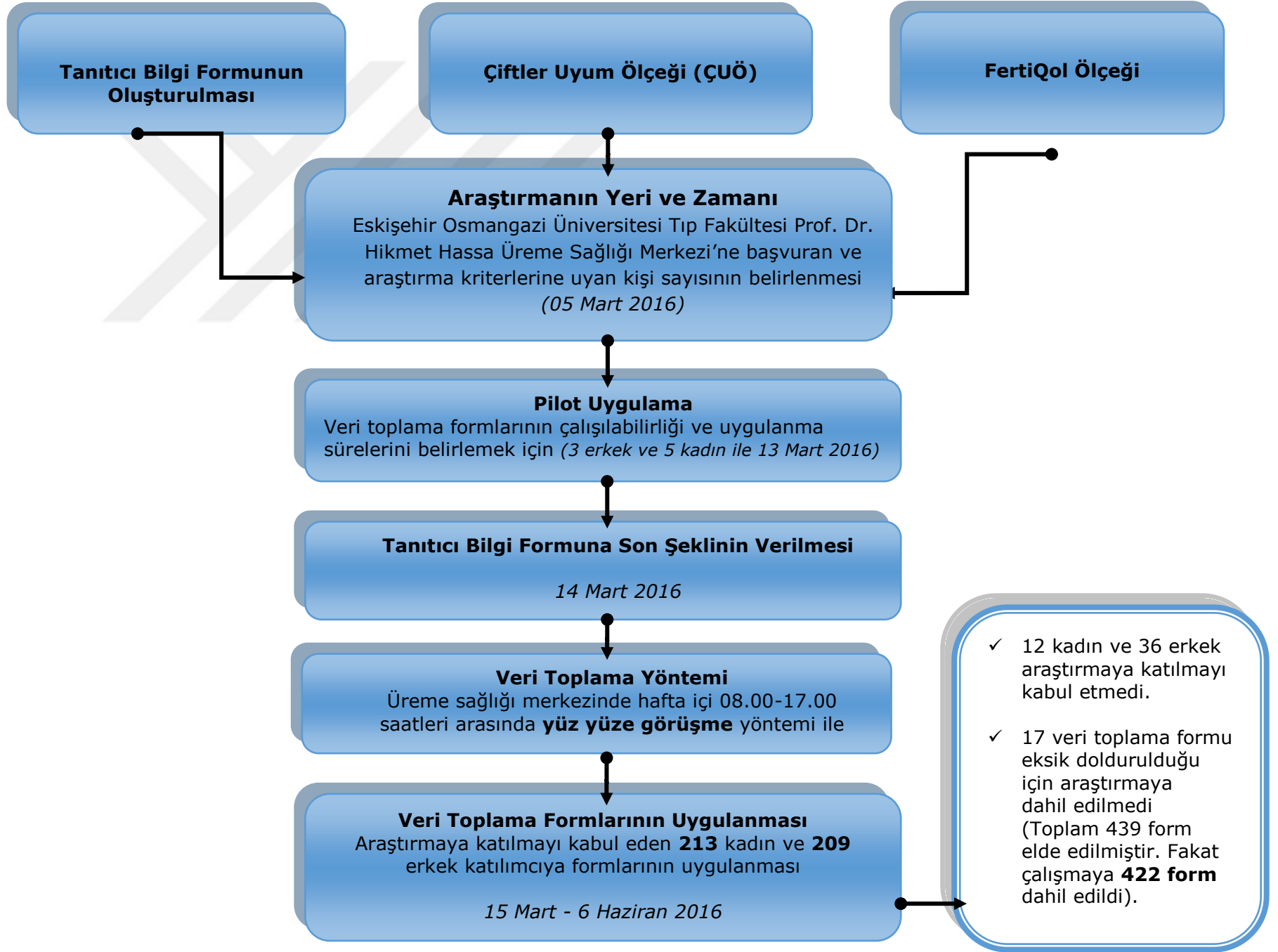
Şekil 3.2. FertiQoL Ölçeği (Fertility Quality of Life Questionnaire) (Belen 2012)

3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanma Şekli

Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı tarafından, hazırlanan formlarla birlikte 8 infertil birey üzerinde pilot çalışma yapılmış ve anketlerin çalışılabilirliği ve kişi başına düşen veri toplama süresi değerlendirilmiştir. Yapılan pilot çalışma sonucunda, tanıtıcı bilgi formunda gerekli değişiklikler yapılarak tanıtıcı bilgi formunun son hali oluşturulmuştur.

Veri toplama formları araştırmacı tarafından, araştırmanın yapıldığı üreme sağlığı merkezine başvuran ve çalışmayı kabul eden, daha önceden primer ya da sekonder infertilite tanısı almış ve çocuk sahibi olma arayışında bulunan kadın ve erkeklere araştırmanın amacı anlatıldıktan ve sözlü onamları alındıktan sonra anket formu verilerek uygulanmıştır. Anketi kendisi doldurmak istemeyenlere ise araştırmacı tarafından sorular yüksek sesle okunarak cevaplanması sağlanmıştır.

Araştırmada veriler üreme sağlığı Merkezinin bekleme salonunda veya toplantı salonunda hafta içi 08:00 ila 17:00 saatleri arasında, infertil çiftlerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süresi her katılımcı için ortalama 20-25 dk. arasında sürmüştür. Araştırmanın veri toplama akış şeması Şekil 3.3.'de belirtilmiştir.



46
Şekil 3.3. Araştırmanın Veri Toplama Akış Şeması

3.6. Verilerin Analizi

Bu çalışmada istatistiksel analizler SAS (Statistical Analysis Software- İstatistik Analiz Yazılımı) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda iki yönlü varyans analizi ve üç yönlü varyans analizi (ANOVA), değişkenlerinin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon analizi ve Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla; T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Onay tarihi ve Kodu: 11 Mart 2016/33) (Ek-2).

Yasal izin ise; araştırmanın yapıldığı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Hikmet Hassa Üreme Sağlığı Merkezi'nden alınmıştır (Ek-3).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Veri toplama formlarının (1 anket ve 2 ölçek) cevaplama süresi uzun olduğu için (20-25 dk.) muayene sırası gelen çiftlerin anketi yarıda bırakması,
- Araştırmanın tek bir infertilite kliniğinde yürütülmüş olması nedeniyle sonuçların genellenememesi,
- Erkeklerin araştırmaya katılmayı reddetmesi nedeniyle istenen sayıya ulaşmak için daha fazla zaman harcanması ve erkeklerin eşlerinin araştırmaya katılmasını engellemesi,
- Toplantı salonunun ya da muayene odalarının dolu olması esnasında anketi uygulayabilmek için katılımcı açısından uygun ortamın oluşturulamaması ve araştırmacının çalışmayı yürütmesi açısından zorluk yaşaması.

4. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular 4 bölümde incelenmiştir;

- **Birinci bölümde;** infertilite tedavisi alan çiftlerin sosyo-demografik özelliklerine ve infertilite yaklaşımlarına ilişkin bulgular (Tablo 4.1.a., 4.1.b.),
- **İkinci bölümde;** infertilite tedavisi alan çiftlerin sosyo-demografik özelliklerinin çift uyumu ve yaşam kalitesi ile arasındaki ilişkiye ait puan ortalamalarına ilişkin bulgular (Tablo 4.2.a., 4.2.b., 4.3.a., 4.3.b., 4.4.a., 4.4.b., 4.5.a., 4.5.b., 4.6.a., 4.6.b., 4.7.a., 4.7.b., 4.8.a., 4.8.b., 4.9.a., 4.9.b., 4.10.a., 4.10.b., 4.11.a., 4.11.b., 4.12.a., 4.12.b., 4.13.a., 4.13.b., 4.14.a., 4.14.b., 4.15.a., 4.15.b.),
- **Üçüncü bölümde;** katılımcıların bazı demografik verilerinin (eğitim, gelir durumu ve evlilik biçimi) yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait bulgular (Tablo 4.16., 4.17.),
- **Dördüncü bölümde;** infertilite tedavisi alan çiftlerin çift uyumu ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki (Tablo 4.18.),
- **Beşinci bölümde;** infertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin alt boyutlarına ait bulgular (Tablo 4.19) yer almaktadır.

I. Bölüm

Tablo 4.1.a. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

DEĞİŞKENLER	Erkek (n:209)		Kadın (n:213)		Toplam (n:422)	
	n	%	n	%	n	%
Yaş						
35 yaş ve altı	143	68.4	164	77.0	307	72.7
36 yaş ve üstü	66	31.6	49	23.0	115	27.3
Eğitim						
İlköğretim	32	15.3	75	35.2	107	25.4
Lise	112	53.6	69	32.4	181	42.9
Üniversite	65	31.1	69	32.4	134	31.8
Gelir Durumu						
Kötü	5	2.4	7	3.3	12	2.8
Orta	137	65.6	121	56.8	258	61.1
İyi	67	32.1	84	39.4	151	35.8
Çok İyi	-	-	1	0.5	1	0.2
Mesleği						
Kendi işi var	39	18.7	19	8.9	58	13.7
Memur	37	17.7	22	10.3	59	14.0
İşçi	120	57.4	46	21.6	166	39.3
Çalışmıyor/Ev Hanımı	13	6.2	126	59.2	139	32.9
Evlilik Süresi						
5 yıl ve altı	116	55.5	111	52.1	227	53.8
6 yıl ve üzeri	93	44.5	102	47.9	195	46.2
Evlilik Biçimi						
Görücü usulü/istemeden	4	1.9	4	1.9	8	1.9
Görücü usulü/isteyerek	39	18.7	66	31.0	105	24.9
Tanışarak	166	79.4	143	67.1	309	73.2
Toplam	209	100	213	100	422	100

Tablo 4.1.a.'da araştırmaya katılan çiftlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan çiftlerin büyük bir çoğunluğunun (%72.7) 35 yaş ve altında olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna bakıldığında; %42.9 ile lise mezunlarının en yüksek oranda olduğu görülürken, bunu %31.8 ile üniversite mezunlarının takip ettiği ve %25.4'ünün ise ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir.

Çiftlerin gelir durumu incelendiğinde; %61.1'inin orta olduğu belirlenmiştir. Çiftlerin %39.3'ü mesleğini işçi olarak belirtirken, %53.8'inin evlilik süresinin 5 yıl ve altında, %73.2'sinin ise tanışarak evlendiği belirlenmiştir.

Tablo 4.1.b. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin İnfertilite Yaklaşımlarının Dağılımı

DEĞİŞKENLER	Erkek (n:209)		Kadın (n:213)		Toplam (n:422)	
	n	%	n	%	n	%
Sekonder İnfertilite	-	-	13	6.1	-	-
Primer İnfertilite	-	-	200	92.9	-	-
İnfertilite Süresi						
5 yıl ve altı	135	64.6	130	61.0	265	62.8
6 yıl ve üzeri	74	35.4	83	39.0	157	37.2
Tedavi Süresi						
5 yıl ve altı	184	88.0	171	80.3	355	84.1
6 yıl ve üzeri	25	12.0	42	19.7	67	15.9
İnfertilite Tipi						
Kadın faktörlü	52	24.4	80	37.6	132	31.1
Erkek faktörlü	25	12.0	29	13.6	54	12.8
Her ikisine ait	28	13.5	20	9.4	48	11.4
Açıklanamayan	104	50.0	84	39.4	188	44.7
Çocuğu olmadığı için kendini baskı altında hissetme						
Evet	37	17.7	66	31.0	103	24.4
Hayır	172	82.3	147	69.0	319	75.6
Çocuğunun olmadığını yakın çevresinden saklama						
Evet	44	21.1	58	27.2	102	24.2
Hayır	165	78.9	155	72.8	320	75.8
Çocuğu olmadığı için eşinin boşanmayı düşünmesi						
Evet	11	5.3	8	3.8	19	4.5
Hayır	198	94.7	205	96.2	403	95.5
Evlat edinmeyi düşünme						
Evet	23	11.0	51	23.9	74	17.5
Hayır	122	58.4	91	42.7	213	50.5
Emin Değilim	64	30.6	71	33.3	135	32.0
Yumurta bağıışı ya da sperm bağıışı kabul etmeyi düşünenler						
İstiyorum	2	1.0	3	1.4	5	1.2
Olabilir	17	8.1	16	7.5	33	7.8
İstemem	190	90.9	194	91.1	384	91.0
Toplam	209	100	213	100	422	100

Tablo 4.1.b.'de araştırmaya katılan çiftlerin infertilite ve evlilik öykülerine ilişkin bulgular verilmiştir. Kadınların %92.6'sının primer infertilite öyküsüne sahip olduğu belirlenmiştir. Çiftlerin %62,8'inde infertilite süresinin 5 yıl ve altında olduğu saptanırken, çiftlerin infertiliteden dolayı tedavi görme süresinin ise %84.1'inde 5 yıl ve altında olduğu belirlenmiştir. Çiftlerin %44.7'sinde açıklanamayan, %31.1'nde kadın faktörlü, %12.8'inde erkek faktörlü ve %11.4'ünde her iki eş nedeni infertilite tipi olduğu saptanmıştır.

Erkeklerin %17.7'sinin ve kadınların %31'inin çocuk sahibi olmadığı için kendilerini baskı altında hissettiği saptanmıştır. Çocuğunun olmadığını yakın çevresinden saklama ihtiyacı duyma oranı erkeklerde %21.1 ve kadınlarda %27.2'dir. Çocuk sahibi olmadığı için eşinin kendisinden boşanmayı düşündüğünü ifade eden erkeklerin oranı %5.3 iken, kadınlarda %3.8 dir.

Evlât edinmeyi düşünen erkeklerin oranı %11 iken, bu oran kadınlarda %23.9'dur. Yumurta bağıışı ya da sperm bağıışı kabul etmeyen çiftlerin oranı ise %91.0 olarak belirlenmiştir.

II. Bölüm

Bu bölümde; infertilite tedavisi alan çiftlerin yaş, eğitim durumu, gelir durumu, meslek, evlilik biçimi, tedavi süresi, infertilite süresi ve evlilik süresinin çift uyumu ve yaşam kalitesi ile arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.a. Cinsiyet ve Yaşın Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Cinsiyet					
Erkek	209	119.67±12.18	5.90	0.01	-
Kadın	213	117.12±14.92			
Yaş Faktörü					
35 yaş ve altı (1)	307	118.67±13.32	1.03	0.31	-
36 yaş ve üstü (2)	115	117.63±14.59			
Cinsiyet* Yaş Faktörü					
Erkek-35 yaş ve altı (1)	143	119.47±12.29	2.02	0.15	-
Erkek-36 yaş ve üstü (2)	66	120.09±12.01			
Kadın-35 yaş ve altı (3)	164	117.96±14.17			
Kadın-36 yaş ve üstü (4)	49	114.31±17.06			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.2.a. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin çift uyumuna yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu anlamlılık cinsiyetler açısından analiz edildiğinde; erkeklerin çift uyumu kadınlardan daha yüksektir.

İnfertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin yaşı ile çift uyumuna yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.b. Cinsiyet ve Yaşın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Cinsiyet					
Erkek	209	102.71±11.78	246.56	<0.001	-
Kadın	213	79.74±15.94			
Yaş Faktörü					
35 yaş ve altı (1)	307	90.07±17.89	0.48	0.48	-
36 yaş ve üstü (2)	115	93.89±18.56			
Cinsiyet* Yaş Faktörü					
Erkek-35 yaş ve altı (1)	143	101.43±12.27			
Erkek-36 yaş ve üstü (2)	66	105.48±10.18	3.74	0.05	-
Kadın-35 yaş ve altı (3)	164	80.18±16.06			
Kadın-36 yaş ve üstü (4)	49	78.26±15.63			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.2.b. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu anlamlılık cinsiyetler açısından analiz edildiğinde; erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksektir.

İnfertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin yaşı ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.a. Eğitim Durumunun Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Eğitim Durumu					
İlköğretim (1)	107	118.98±14.05	2.16	0.12	-
Lise (2)	181	117.22±14.92			
Üniversite (3)	134	119.48±11.38			
Cinsiyet*Eğitim Durumu					
Erkek- İlköğretim (1)	32	122.06±14.16	0.36	0.70	-
Erkek- Lise (2)	112	118.63±12.15			
Erkek- Üniversite (3)	65	120.28±11.12			
Kadın- İlköğretim (4)	75	117.67±13.90			
Kadın- Lise (5)	69	114.93±18.44			
Kadın- Üniversite (6)	69	118.72±11.65			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.3.a. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin eğitim durumu ile çift uyumuna yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.b. Eğitim Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Eğitim Durumu					
İlköğretim (1)	107	87.51±15.53	0.36	0.69	-
Lise (2)	181	93.23±19.19			
Üniversite (3)	134	91.13±18.26			
Cinsiyet*Eğitim Durumu					
Erkek- İlköğretim (1)	32	101.66±9.89	0.75	0.47	-
Erkek- Lise (2)	112	102.58±12.74			
Erkek- Üniversite (3)	65	103.45±11.00			
Kadın- İlköğretim (4)	75	81.48±13.46			
Kadın- Lise (5)	69	78.04±18.22			
Kadın- Üniversite (6)	69	79.54±16.03			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.3.b. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin eğitim durumu ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4.a. Gelir Durumunun Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Gelir Durumu					
Kötü (1)	12	105.92±21.09	4.70	0.003	1-2 (0.0013)
Orta (2)	258	118.91±13.43			1-3 (0.0023)
İyi (3)	151	118.36±12.96			
Çok İyi (4)	1	136.00±			
Cinsiyet*Gelir Durumu					
Erkek-Kötü (1)	5	96.60±18.93	4.42	0.01	1-2 (0.001)
Erkek-Orta (2)	137	121.17±10.94			1-3 (0.010)
Erkek-İyi (3)	67	118.33±12.33			1-5 (0.027)
Kadın-Kötü (4)	7	112.57±21.27			1-6 (0.009)
Kadın-Orta (5)	121	116.35±15.44			
Kadın-İyi (6)	84	118.38±13.51			
Kadın-Çok İyi (7)	1	136.00±			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.4.a. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin gelir durumu ile çift uyumuna yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğu analiz edildiğinde ise; gelir durumu kötü olan erkeklerin (1) çift uyumunun gelir durumu orta olan erkeklerden (2) daha düşük olduğu belirlenirken, aynı şekilde gelir durumu kötü olan erkeklerin (1) çift uyumunun gelir durumu iyi olan erkeklerden (3) daha düşük olduğu saptanmıştır. Gelir durumu kötü olan erkeklerin (1) çift uyumunun gelir durumu orta olan kadınlardan (5) daha düşük olduğu, gelir durumu kötü olan erkeklerin (1) ise çift uyumunun gelir durumu iyi olan kadınlardan (6) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4.b. Gelir Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Gelir Durumu					
Kötü (1)	12	82.08±18.30	1.46	0.22	-
Orta (2)	258	92.20±17.72			
İyi (3)	151	90.03±18.71			
Çok İyi (4)	1	82.00±			
Cinsiyet*Gelir Durumu					
Erkek-Kötü (1)	5	86.60±17.09	1.77	0.17	-
Erkek-Orta (2)	137	103.07±11.44			
Erkek-İyi (3)	67	103.16±11.39			
Kadın-Kötü (4)	7	78.86±19.76			
Kadın-Orta (5)	121	79.89±15.38			
Kadın-İyi (6)	84	79.56±16.69			
Kadın-Çok İyi (7)	1	82.00±			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.4.b. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin gelir durumu ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5.a. Meslek Durumunun Çift Uyumu Üzerine Etkileri

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Meslek Durumu					
Kendi işi var (1)	58	122.33±10.11	3.78	0.01	1-3 (0.007)
Memur (2)	59	117.44±12.24			
İşçi (3)	166	117.23±14.84			
Diğer (özel sektör, ev hanımı)(4)	139	118.52±13.89			
Cinsiyet*Meslek Durumu					
Erkek-Kendi işi var (1)	39	121.95±10.40	2.55	0.05	-
Erkek-Memur (2)	37	117.32±13.10			
Erkek -İşçi (3)	120	119.62±12.60			
Erkek-Diğer (4)	13	119.92±10.13			
Kadın-Kendi işi var (5)	19	123.10±9.72			
Kadın-Memur (6)	22	117.64±10.96			
Kadın-İşçi (7)	46	110.98±18.22			
Kadın-Diğer (8)	126	118.37±14.25			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.5.a. incelendiğinde; meslek durumunun tek başına çift uyumu üzerinde etkili olduğu; fakat cinsiyetler açısından bakıldığında infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin meslek durumu ile çift uyumlarına yönelik

aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5.b. Meslek Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Meslek Durumu					
Kendi işi var (1)	58	98.62±12.45	2.19	0.08	-
Memur (2)	59	94.10±19.45			
İşçi (3)	166	95.05±17.85			
Diğer (özel sektör, ev hanımı)(4)	139	82.01±16.41			
Cinsiyet*Meslek Durumu					
Erkek-Kendi işi var (1)	39	104.79±7.99	0.91	0.44	-
Erkek-Memur (2)	37	103.86±13.00			
Erkek -İşçi (3)	120	101.91±12.32			
Erkek-Diğer (4)	13	100.54±12.69			
Kadın-Kendi işi var (5)	19	85.95±10.19			
Kadın-Memur (6)	22	77.68±17.47			
Kadın-İşçi (7)	46	77.15±17.74			
Kadın-Diğer (8)	126	80.10±15.56			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.5.b. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin meslek durumu ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6.a. Evlilik Biçiminin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Evlilik Biçimi					
Görücü usulü-istemedenden (1)	8	102.37±14.63	5.77	0.003	1-2 (0.002)
Görücü usulü-isteyerek (2)	105	119.12±14.45			1-3 (0.002)
Tanışarak (3)	309	118.55±13.16			
Cinsiyet*Evlilik Biçimi					
Erkek- Görücü usulü/istemedenden (1)	4	92.50±13.77	5.71	0.003	1-2 (0.005)
Erkek- Görücü usulü/isteyerek (2)	39	117.59±15.02			1-3 (0.0005)
Erkek-Tanışarak (3)	166	120.81±10.55			1-5 (0.001)
Kadın- Görücü usulü/istemedenden (4)	4	112.25±7.04			1-6 (0.008)
Kadın- Görücü usulü/isteyerek (5)	66	120.03±14.15			3-6 (0.02)
Kadın- Tanışarak (6)	143	115.92±15.28			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.6.a. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin evlilik biçimi ile çift uyumuna yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.01$). Bu anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğu analiz edildiğinde ise; evlilik biçimi görücü usulü/istemeden olan erkeklerin (1) çift uyumlarının;

- Görücü usulü/isteyerek olan erkeklerden (2),
- Tanışarak evlenen erkeklerden (3),
- Görücü usulü/isteyerek evlilik yapan kadınlardan (5),
- Tanışarak evlilik yapan kadınlardan (6) daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca tanışarak evlilik yapan erkeklerin (3) çift uyumlarının tanışarak evlilik yapan kadınlardan (6) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6.b. Evlilik Biçiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Evlilik Biçimi					
Görücü usulü-istemeden (1)	8	74.87±9.61	6.35	0.001	1-2 (0.009)
Görücü usulü-isteyerek (2)	105	87.79±15.51			1-3 (0.001)
Tanışarak (3)	309	92.66±18.78			
Cinsiyet* Evlilik Biçimi					
Erkek- Görücü usulü/istemeden (1)	4	76.50±12.45	7.14	0.0009	1-3 (0.0009)
Erkek- Görücü usulü/isteyerek (2)	39	97.59±13.85			2-4 (0.01)
Erkek-Tanışarak (3)	166	104.54±10.08			2-5 (<.0001)
Kadın- Görücü usulü/istemeden (4)	4	73.25±7.32			2-6 (<.0001)
Kadın- Görücü usulü/isteyerek (5)	66	82.00±13.46			3-4 (0.0001)
Kadın- Tanışarak (6)	143	78.87±17.06			3-5 (<.0001)
					3-6 (<.0001)
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.6.b. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin evlilik biçimi ile yaşam kalitelerine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$). Bu anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğu analiz edildiğinde ise; görücü usulü istemeden evlilik yapan erkeklerin (1) yaşam kalitelerinin tanışarak evlilik yapan erkeklerden (3) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Görücü usulü isteyerek evlilik yapan erkeklerin (2) yaşam kalitelerinin görücü usulü istemeden (4), görücü usulü isteyerek (5) ve tanışarak (6) evlilik yapan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tanışarak evlilik yapan erkeklerin (3) yaşam kalitelerinin görücü usulü istemeden (4), görücü usulü isteyerek (5) ve tanışarak (6) evlilik yapan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7.a. Tedavi Süresinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Tedavi Süresi					
0-5 yıl (1)	355	119.11±12.54	3.83	0.05	-
6 yıl ve üzeri (2)	67	114.51±18.17			
Cinsiyet*Tedavi Süresi					
Erkek-0-5 yıl (1)	184	119.73±11.95	2.87	0.09	-
Erkek-6 yıl ve üzeri (2)	25	119.24±14.00			
Kadın-0-5 yıl (3)	171	118.46±13.16			
Kadın-6 yıl ve üzeri (4)	42	111.69±19.88			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.7.a. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin tedavi süresi ile çift uyumlarına yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7.b. Tedavi Süresinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Tedavi Süresi					
0-5 yıl (1)	355	91.61±17.87	0.02	0.89	-
6 yıl ve üzeri (2)	67	88.43±19.37			
Cinsiyet*Tedavi Süresi					
Erkek-0-5 yıl (1)	184	102.61±12.06	0.09	0.77	-
Erkek-6 yıl ve üzeri (2)	25	103.44±9.65			
Kadın-0-5 yıl (3)	171	79.79±15.40			
Kadın-6 yıl ve üzeri (4)	42	79.50±18.17			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.7.b. incelendiğinde; tedavi süresinin tek başına yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu; fakat cinsiyetler açısından bakıldığında kadın ve erkeklerin tedavi süresi ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8.a. İnfertilite Süresinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
İnfertilite Süresi					
0-5 yıl (1)	265	119.73±12.72	6.50	0.01	-
6 yıl ve üzeri (2)	157	116.11±14.91			
Cinsiyet*İnfertilite Süresi					
Erkek-0-5 yıl (1)	135	120.38±11.93	1.17	0.27	-
Erkek-6 yıl ve üzeri (2)	74	118.38±12.59			
Kadın-0-5 yıl (3)	130	119.05±13.50			
Kadın-6 yıl ve üzeri (4)	83	114.09±16.54			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.8.a. incelendiğinde; infertilite süresinin tek başına çift uyumu üzerinde etkili olduğu, fakat cinsiyetler açısından bakıldığında; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin infertilite süresi ile çift uyumuna yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.8.b. İnfertilite Süresinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
İnfertilite Süresi					
0-5 yıl (1)	265	92.13±17.87	1.71	0.19	-
6 yıl ve üzeri (2)	157	89.40±18.49			
Cinsiyet*İnfertilite Süresi					
Erkek-0-5 yıl (1)	135	103.32±11.78	0.01	0.93	-
Erkek-6 yıl ve üzeri (2)	74	101.59±11.77			
Kadın-0-5 yıl (3)	130	80.51±15.56			
Kadın-6 yıl ve üzeri (4)	83	78.53±16.54			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.8.b. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin infertilite süresi ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.9.a. Evlilik Süresinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Evlilik Süresi					
0-5 yıl (1)	227	119.78±12.33	4.87	0.02	-
6 yıl ve üzeri (2)	195	116.76±14.96			
Cinsiyet* Evlilik Süresi					
Erkek-0-5 yıl (1)	116	120.71±10.89	0.20	0.65	-
Erkek-6 yıl ve üzeri (2)	93	118.37±13.55			
Kadın-0-5 yıl (3)	111	118.81±13.64			
Kadın-6 yıl ve üzeri (4)	102	115.28±16.06			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.9.a. incelendiğinde; evlilik süresinin çift uyumu üzerinde etkili olduğu; fakat kadın ve erkek açısından bakıldığında evlilik süresi ile çift uyumlarına yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9.b. Evlilik Süresinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Evlilik Süresi					
0-5 yıl (1)	227	91.84±18.08	0.33	0.56	-
6 yıl ve üzeri (2)	195	90.27±18.20			
Cinsiyet* Evlilik Süresi					
Erkek-0-5 yıl (1)	116	103.35±11.13	0.23	0.63	-
Erkek-6 yıl ve üzeri (2)	93	101.90±12.55			
Kadın-0-5 yıl (3)	111	79.80±16.00			
Kadın-6 yıl ve üzeri (4)	102	79.66±15.95			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : İki Yönlü ANOVA, ** : Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.9.b. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin evlilik süresi ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10.a. İnfertilite Tipinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
İnfertilite Tipi					
Kadın faktörlü (1)	132	118.16±14.84			
Erkek faktörlü (2)	54	119.20±15.26	0.47	0.70	-
Her ikisine ait (3)	48	115.96±13.52			
Açıklanamayan (4)	188	118.92±12.35			
Cinsiyet*İnfertilite Tipi					
Erkek-Kadın faktörlü (1)	52	118.48±14.41			
Erkek-Erkek faktörlü (2)	25	119.48±14.87			
Erkek-Her ikisine ait (3)	28	114.50±14.37			
Erkek- Açıklanamayan (4)	104	121.70±8.88	2.23	0.08	-
Kadın- Kadın faktörlü (5)	80	117.95±15.20			
Kadın- Erkek faktörlü (6)	29	118.96±15.86			
Kadın- Her ikisine ait (7)	20	118.00±12.30			
Kadın- Açıklanamayan (8)	84	115.49±14.98			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.10.a. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin infertilite tipi ile çift uyumlarına yönelik aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10.b. İnfertilite Tipinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
İnfertilite Tipi					
Kadın faktörlü (1)	132	88.32±18.67			
Erkek faktörlü (2)	54	92.11±16.78	3.75	0.01	-
Her ikisine ait (3)	48	87.65±20.94			
Açıklanamayan (4)	188	93.68±17.04			
Cinsiyet*İnfertilite Tipi					
Erkek-Kadın faktörlü (1)	52	101.73±13.38			
Erkek-Erkek faktörlü (2)	25	104.32±8.97			
Erkek-Her ikisine ait (3)	28	99.78±12.44			
Erkek- Açıklanamayan (4)	104	103.59±11.31	0.85	0.47	-
Kadın- Kadın faktörlü (5)	80	79.60±16.34			
Kadın- Erkek faktörlü (6)	29	81.59±14.71			
Kadın- Her ikisine ait (7)	20	70.65±18.53			
Kadın- Açıklanamayan (8)	84	81.39±14.82			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.10.b. incelendiğinde; infertilite tipinin tek başına yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu; ancak infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin infertilite tipi ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11.a. Çocuğu Olmadığı İçin Kendini Baskı Altında Hissetmenin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Kendini Baskı Altında Hissetme					
Evet (1)	103	114.83±15.46	9.61	0.002	-
Hayır (2)	319	119.53±12.86			
Cinsiyet*Kendini Baskı Altında Hissetme					
Erkek-Evet (1)	37	113.35±15.77	3.11	0.07	-
Erkek-Hayır (2)	172	121.03±10.84			
Kadın-Evet (3)	66	115.67±15.34			
Kadın-Hayır (4)	147	117.77±14.73			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.11.a. incelendiğinde; çocuğu olmadığı için kendini baskı altında hissetmenin tek başına çift uyumu üzerinde etkili olduğu saptanırken; kendini baskı altında hissetmenin cinsiyetler açısından çift uyumu üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kendini baskı altında hissetmeyen erkeklerin en yüksek çift uyumuna sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.11.b. Çocuğu Olmadığı İçin Kendini Baskı Altında Hissetmenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Kendini Baskı Altında Hissetme					
Evet (1)	103	78.94±20.07	62.23	0.0001	-
Hayır (2)	319	95.04±15.57			
Cinsiyet*Kendini Baskı Altında Hissetme					
Erkek-Evet (1)	37	93.65±13.13	0.47	0.49	-
Erkek-Hayır (2)	172	104.66±10.53			
Kadın-Evet (3)	66	70.70±18.56			
Kadın-Hayır (4)	147	83.79±12.74			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.11.b. incelendiğinde; çocuğu olmadığı için kendini baskı altında hissetmenin tek başına yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu saptanırken; kendini baskı altında hissetmenin cinsiyetler açısından yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablodanda anlaşılacağı üzere; genel olarak kendini baskı altında hissetmeyenlerin ve kendini baskı altında hissetmeyen erkeklerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.12.a. Çocuğunun Olmadığını Yakın Çevresinden Saklamanın Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Yakın Çevresinden Saklama					
Evet (1)	102	117.63±19.26	8.27	0.09	-
Hayır (2)	320	118.76±13.17			
Cinsiyet*Yakın Çevresinden Saklama					
Erkek-Evet (1)	44	118.35±15.77	4.28	0.06	-
Erkek-Hayır (2)	165	119.06±10.84			
Kadın-Evet (3)	58	114.67±15.28			
Kadın-Hayır (4)	155	117.54±14.73			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.12.a. incelendiğinde; çocuğunun olmadığını yakın çevresinden saklama ihtiyacı duyanlar ile çift uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Tablodan yakın çevresinden çocuğunun olmadığını saklama ihtiyacı duymayan erkeklerin daha yüksek çift uyumuna sahip oldukları gözlenmektedir.

Tablo 4.12.b. Çocuğunun Olmadığını Yakın Çevresinden Saklamanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Yakın Çevresinden Saklama					
Evet (1)	102	84.94±20.07	52.02	0.05	-
Hayır (2)	320	95.04±18.47			
Cinsiyet*Yakın Çevresinden Saklama					
Erkek-Evet (1)	44	93.65±13.13	0.53	0.53	-
Erkek-Hayır (2)	165	104.66±10.53			
Kadın-Evet (3)	58	80.80±18.56			
Kadın-Hayır (4)	155	102.79±12.56			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.12.b. incelendiğinde; çocuğunun olmadığını yakın çevresinden saklama ihtiyacı duyanlar ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Çocuğunun

olmadığını yakın çevresinden saklama ihtiyacı duymayan erkeklerin yaşam kalitelerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13.a. Çocuğu Olmadığı İçin Eşinin Boşanmayı Düşünmesinin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Eşinin Boşanmayı Düşünmesi					
Evet (1)	19	107.63±19.26	12.84	0.0004	-
Hayır (2)	403	118.89±13.17			
Cinsiyet*Eşinin Boşanmayı Düşünmesi					
Erkek-Evet (1)	11	108.55±19.59	0.01	0.93	-
Erkek-Hayır (2)	198	120.29±11.39			
Kadın-Evet (3)	8	106.37±20.06			
Kadın-Hayır (4)	205	117.54±14.59			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.13.a. incelendiğinde; çocuğunun olmadığı için eşinin kendisinden boşanmayı düşünenlerin tek başına çift uyumu üzerinde etkisi olduğu; fakat eşinin kendisinden boşanmayı düşünenler ile çift uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.13.b. Çocuğu Olmadığı İçin Eşinin Boşanmayı Düşünmesinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Eşinin Boşanmayı Düşünmesi					
Evet (1)	19	88.16±17.77	2.50	0.11	-
Hayır (2)	403	91.25±18.16			
Cinsiyet*Eşinin Boşanmayı Düşünmesi					
Erkek-Evet (1)	11	99.73±12.41	0.41	0.52	-
Erkek-Hayır (2)	198	102.87±11.75			
Kadın-Evet (3)	8	72.62±10.28			
Kadın-Hayır (4)	205	80.01±16.08			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: İki Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.13.b. incelendiğinde; çocuğunun olmadığı için eşinin kendisinden boşanmayı düşünenler ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14.a. Evlat Edinmeyi Düşünmenin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Evlat Edinmeyi Düşünme					
Evet (1)	74	116.59±16.12	0.64	0.52	-
Hayır (2)	213	119.43±13.88			
Emin değilim (3)	135	117.72±11.70			
Cinsiyet*Evlat Edinmeyi Düşünme					
Erkek-Evet (1)	23	121.65±15.40	1.35	0.26	-
Erkek-Hayır (2)	122	119.87±11.72			
Erkek-Emin Değilim (3)	64	118.58±11.83			
Kadın-Evet (4)	51	114.31±16.07			
Kadın-Hayır (5)	91	118.84±16.39			
Kadın-Emin Değilim (6)	71	116.94±11.60			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *: İki Yönlü ANOVA, **: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.14.a. incelendiğinde; evlat edinmeyi düşünenler ile çift uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14.b. Evlat Edinmeyi Düşünmenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Evlat Edinmeyi Düşünme					
Evet (1)	74	83.59±21.34	7.91	0.0004	-
Hayır (2)	213	95.65±15.21			
Emin değilim (3)	135	88.07±18.59			
Cinsiyet*Evlat Edinmeyi Düşünme					
Erkek-Evet (1)	23	103.43±10.49	2.36	0.09	-
Erkek-Hayır (2)	122	104.33±10.26			
Erkek-Emin Değilim (3)	64	99.36±14.17			
Kadın-Evet (4)	51	74.65±18.82			
Kadın-Hayır (5)	91	84.02±12.83			
Kadın-Emin Değilim (6)	71	77.90±16.09			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *: İki Yönlü ANOVA, **: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.14.b. incelendiğinde; evlat edinmeyi düşünenler ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15.a. Yumurta Bağışı Ya da Sperm Bağışı Kabul Etmenin Çift Uyumu Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Yumurta Bağışı Ya da Sperm Bağışı Kabul Etme					
İstiyorum (1)	5	116.60±4.21	0.22	0.80	-
Olabilir (2)	33	117.03±10.44			
İstemem (3)	384	118.52±13.99			
Cinsiyet* Yumurta Bağışı Ya da Sperm Bağışı Kabul Etme					
Erkek-İstiyorum (1)	2	117.50±7.78	0.07	0.93	-
Erkek-Olabilir (2)	17	117.47±9.55			
Erkek-İstemem (3)	190	119.89±12.43			
Kadın- İstiyorum (4)	3	116.00±2.00			
Kadın- Olabilir (5)	16	116.56±11.61			
Kadın-İstemem (6)	194	117.18±15.29			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *: İki Yönlü ANOVA, **: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.15.a. incelendiğinde; yumurta bağışı ya da sperm bağışı kabul etme ile çift uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15.b. Yumurta Bağışı Ya da Sperm Bağışı Kabul Etmenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (P değeri**)
Yumurta Bağışı Ya da Sperm Bağışı Kabul Etme					
İstiyorum (1)	5	93.80±12.93	0.48	0.62	-
Olabilir (2)	33	89.39±12.77			
İstemem (3)	384	91.23±18.59			
Cinsiyet* Yumurta Bağışı Ya da Sperm Bağışı Kabul Etme					
Erkek-İstiyorum (1)	2	97.00±19.79	3.18	0.04	2-6
Erkek-Olabilir (2)	17	95.88±12.78			
Erkek-İstemem (3)	190	103.38±11.48			
Kadın- İstiyorum (4)	3	91.67±11.01			
Kadın- Olabilir (5)	16	82.50±8.67			
Kadın-İstemem (6)	194	79.32±16.40			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *: İki Yönlü ANOVA, **: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.15.b. incelendiğinde; yumurta bağışı ya da sperm bağışı kabul etme ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

III. Bölüm

Bu bölümde; katılımcıların eğitim ve gelir durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi ve yine evlilik biçimi ve gelir durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi çoklu karşılaştırma ile değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme Tablo 4.16-4.17. de verilmiştir.

Tablo 4.16. Eğitim ve Gelir Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (p değeri**)
Eğitim*Gelir Durumu					
İlköğretim*Kötü (1)	6	85.66±8.89			
İlköğretim*Orta (2)	84	88.52±15.73			
İlköğretim*İyi (3)	17	83.17±16.19			
Lise*Kötü (4)	5	86.60±17.09			
Lise*Orta (5)	123	95.07±18.75	3.29	0.02	1-7 (0.04)
Lise*İyi (6)	53	89.56±20.02			
Üniversite*Kötü (7)	1	38.00±			
Üniversite*Orta (8)	51	91.33±17.34			
Üniversite*İyi (9)	82	91.65±18.07			

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *****: Üç Yönlü ANOVA, ******: Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi

Tablo 4.16. incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin eğitim ve gelir durumu ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğu analiz edildiğinde ise; ilköğretim mezunu, gelir durumu kötü olan çiftlerin (1) yaşam kalitesinin üniversite mezunu, gelir durumu kötü olan çiftlerden (7) yüksek olduğu saptanmıştır. Tablodan da anlaşılacağı şekilde; eğitim seviyesinin artmasının yaşam kalitesini olumlu etkilediği fakat bunun tek başına yeterli olmadığı, eğitim seviyesinin artması ile gelir durumunun kötü olmasının yaşam kalitesini çok olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Tablo 4.17. Evlilik Biçimi ve Gelir Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

	N	Ort.±SS	F*	P*	Çoklu Karşılaştırma (p değeri**)
Evlilik Biçimi*Gelir Durumu					
Görücü usulü/istemeden-Kötü (1)	2	71.50±0.70			
Görücü usulü/istemeden-Orta (2)	5	75.00±12.10			
Görücü usulü/istemeden-İyi (3)	1	81.00±			
Görücü usulü/isteyerek-Kötü (4)	7	92.14±11.49	2.87	0.02	-
Görücü usulü/isteyerek-Orta (5)	67	86.49±14.73			
Görücü usulü/isteyerek-İyi (6)	31	89.61±17.84			
Tanışarak-Kötü (7)	3	65.67±24.00			
Tanışarak-Orta (8)	186	94.72±18.15			
Tanışarak- İyi (9)	120	90.15±18.99			
Cinsiyet*Evlilik Biçimi*Gelir Durumu					
Erkek-Görücü usulü/istemeden-Kötü (1)	2	71.50±0.71			
Erkek-Görücü usulü/istemeden-Orta (2)	2	81.50±19.09			
Erkek-Görücü usulü/isteyerek-Kötü (3)	2	104.50±6.36			
Erkek-Görücü usulü/isteyerek-Orta (4)	25	93.76±14.36			
Erkek-Görücü usulü/isteyerek-İyi (5)	12	104.42±10.5			
Erkek-Tanışarak-Kötü (6)	1	81.00±			
Erkek-Tanışarak-Orta (7)	110	105.58±8.92			
Erkek-Tanışarak-İyi (8)	55	102.89±11.1	2.61	0.07	-
Kadın- Görücü usulü/istemeden-Orta (9)	3	70.67±6.35			
Kadın- Görücü usulü/istemeden-İyi (10)	1	87.20±9.01			
Kadın- Görücü usulü/isteyerek-Kötü (11)	5	81.00±			
Kadın- Görücü usulü/isteyerek-Orta (12)	42	82.17±13.31			
Kadın- Görücü usulü/isteyerek-İyi (13)	19	80.26±14.89			
Kadın-Tanışarak-Kötü (14)	2	58.00±28.28			
Kadın-Tanışarak-Orta (15)	76	79.00±16.53			
Kadın-Tanışarak- İyi (16)	65	79.36±17.29			
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, * : Üç Yönlü ANOVA, ** :Sidak Çoklu Karşılaştırma Testi					

Tablo 4.17. incelendiğinde; infertilite tedavisi alanların evlilik biçimi ve gelir durumu ile yaşam kalitesine yönelik aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). İlişkiye bakıldığında; ***tanışarak evlenen ve orta seviye gelir durumuna sahip olan çiftlerin yaşam kalitelerinin en yüksek olduğu belirlenmiştir.*** Evlilik biçimi ve gelir durumunun cinsiyetler açısından yaşam kalitesi üzerinde etkisine bakıldığında ise istatistiksel açıdan anlamlılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

IV. Bölüm

Bu bölümde; infertil çiftlerde ÇUÖ ve FertiQol Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 4.18. ÇUÖ ve FertiQol Ölçeğinin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER	Erkek (n:209)			Kadın (n:213)			Toplam (n:422)	
	ort±sd	r	p	ort±sd	r	p	r	p
ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ								
Genel	119.67±12.18	0.38	0.0001*	117.12±14.92	0.41	0.0001*	0.37	0.0001*
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ								
Genel	102.71±11.78			79.74±15.94				

***p<0.001**

Tablo 4.18.'de infertil çiftlerde kadınlar ve erkekler arasında çiftler uyumu puan ortalaması ile yaşam kalitesinin puan ortalaması arasındaki ilişki korelasyon analizi ile verilmiştir.

Tablo incelendiğinde infertil çiftlerin çift uyumu puan ortalamaları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r: 0.37, p<0.001). Bu pozitif ilişkinin kadın açısından daha anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bize çiftlerin çift uyumu arttıkça, hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşam kalitelerinin artacağını göstermektedir.

V. Bölüm

Bu bölümde; infertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin alt boyutlarına ait bulgular verilmiştir.

Tablo 4.19. FertiQol Ölçeği ve ÇUÖ Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

ÖLÇEKLER	Erkek (n:209)	Kadın (n:213)	Toplam (n:422)
	ort±sd	ort±sd	p
ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ			
• Çift doyumu	33.45±2.47	33.65±4.00	0.38
• Çiftlerin bağlılığı	17.94±7.74	17.59±8.60	0.35
• Çift uyumu	57.53±7.74	55.61±8.60	0.009
• Sevgi gösterme	10.75±1.66	10.26±2.01	0.009
• Genel	119.67±12.18	117.12±14.92	0.10
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ			
• Duygusal	78.53±15.60	62.56±22.05	0.0001
• Zihin-beden	87.54±15.51	72.57±23.36	0.0001
• İlişkisel	63.18±12.12	44.60±11.01	0.0001
• Sosyal	76.37±12.54	70.13±17.02	0.0001
• Tedavi çevresi	68.44±10.72	37.56±9.70	0.0001
• Tedavi tolerasyonu	80.41±18.35	67.43±22.14	0.0001
• Genel	102.71±11.78	79.74±15.94	0.0001

ÇUÖ ve yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut ve toplam puan ortalamalarının cinsiyetler arası karşılaştırılması yapıldığında; çift doyumu, çiftlerin bağlılığı ve genel çift uyumu boyutları hariç diğerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmıştır (**p<0.05**).

Erkeklerde çift uyumu alt boyutu puan ortalamasının, yaşam kalitesinin ilişkisel ve tedavi çevresi alt boyut puan ortalamalarının kadınlardan çok yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.19.).

5. TARTIŞMA

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen, bireyi, aileyi ve beraberinde toplumu etkileyen psiko-sosyal bir sorundur (Kırca & Pasinlioğlu 2013). Çiftler, infertiliteyi yaşamlarındaki en zor deneyim olarak tanımlamaktadırlar (Jisha & Thomas 2016). Çünkü; infertilite yalnızca infertil olan çifti değil, tüm aileyi etkileyen evlilik ilişkisini, aile bağlarını, cinsel yaşamı, sosyal yaşamı, gelecekle ilgili planları, arkadaşlık ilişkilerini ve bu doğrultuda yaşam kalitesini etkileyebilen bir durumdur (Alibaşoğlu 2010, Jisha & Thomas 2016, Kırço 2009, Sezgin & Hoccoğlu 2014).

Yapılan çalışmalarda; infertilitenin çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerinde cinsiyetler açısından farklılıklar gösterdiğini belirtilmiştir (Arslan et al 2008, Chachamovich et al 2009, Güleç ark. 2011, Lee & Sun 2000, Monga et al 2004, Santoro et al 2016, Schmidt et al 2005, Sezgin & Hoccoğlu 2014, Taşçı ark. 2008). Bunun sebebi ise; literatürde infertilitenin evlilik ilişkisi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin çiftten çifte değişebileceği şeklinde açıklanmıştır (Vizheh et al 2015a). Hemşirelerin infertilite tanısı ve tedavisinin çiftler üzerinde oluşturduğu yoğun duygusal baskının, stresin ve panik durumunun farkında olmak, bu aşamada yaşanan stres durumunda kilit rol üstlenmek ve infertil çiftler için anahtar bilgi kaynağı olmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Yenal ark. 2008).

Çalışmamız, infertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumunun bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla 209 erkek ve 213 kadın olmak üzere toplam 422 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 4 ana başlıkta tartışılmıştır.

- 5.1.** *İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması*
- 5.2.** *İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Çift Uyumu ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması*
- 5.3.** *Katılımcıların Eğitim, Gelir Durumu ve Evlilik Biçimi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması*
- 5.4.** *Çift Uyumu İle Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması*

5.5. Çift Uyumu ve Yaşam Kalitesinin Alt Boyutlarına Ait Bulguların Tartışılması

5.1. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin %72.7'sinin 35 **yaş** ve altında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.a.). Literatürdeki bulgular bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerde 35 yaş ve altında olma durumu %57-%94 arasında değişmektedir (Alibaşoğlu 2010, Çavuşoğlu 2015, Öztürk 2011, Pei-Yang Hsu et al 2013, Smith et al 2015, Şen ark. 2014). Daha eski çalışmalara bakıldığında da 35 yaş ve altında olup infertilite tedavisi olan erkek ve kadın sayısının yoğun olduğu dikkat çekmektedir (Erdoğan 1992, Kızılkaya 1987, Yılmaz 1986). Bu durum infertilite tedavisi alan çiftlerde 35 yaş ve altı çiftlerin yıllara bağlı olarak çok değişmediğini göstermektedir. Yaş infertilite ile ilişkisi en iyi tanımlanan faktördür. Literatürde fertilitenin hızının erkekte 40 yaşından sonra, kadında ise 30 yaşından sonra düşmeye başladığı ve yaş ile fertilitenin hızı arasında ters orantı olduğu vurgulanmaktadır (Amanak et al 2014, Sezgin & Hocoğlu 2014). Çalışmamızda 35 yaş ve altındaki oranların yüksek olması, çiftlerin fertilitenin hızı açısından yaş faktörünün önemini farkında oldukları, erken yaşta tedavi arayışında oldukları ve fertilitenin hızının azalması ile çiftlerin tedaviye başvurma oranlarının düştüğü söylenebilir.

Çalışmamızda infertilite tedavisi alan erkek ve kadınların çoğunluğunun (%74.7) lise ve üzeri **eğitim düzeyinde** olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.a.). Literatürdeki bulgulardan bazıları çalışmamızla benzerlik gösterirken; bazıları farklılık göstermektedir. Yapılan bu çalışmalar incelendiğinde; infertilite tedavisi alan kadınlarda ve erkeklerde lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olma oranlarının %37 ila %83 arasında değiştiği gözlenmektedir (Bayar ark. 2014, Cserepes et al 2014, Çavuşoğlu 2015, Donarelli et al 2016, Kahyaoglu-Sut & Balkanlı-Kaplan 2015, Karabulut et al 2013, Karaca & Ünsal 2015, Kuş 2008, Şen ark. 2014, Taşkın ark. 2016, Uğur 2014). Eğitim seviyesi, infertilitenin algılanması ve çiftlerin infertilitenin yol açtığı sorunlarla başa çıkma düzeyini etkilemesi yönünden oldukça önemlidir (Dinç & Kızılkaya-Beji 2001). Bu sonuca bağlı olarak katılımcıların eğitim seviyesi yüksek olduğu için (Tablo 4.1.a.), infertilite sorunun yeterince farkında oldukları ve kendilerini iyi bir şekilde ifade edebildikleri söylenebilir.

Çalışmamızda infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin %61.1'i **gelir durumunun** orta düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1.a.). Literatürdeki bulgular bu çalışmanın bulguları ile benzerlik gösterdiği gibi, benzerlik göstermeyen çalışmalarda mevcuttur. İnfertilite tedavisi alan kadın ve erkekler üzerinde yapılan bu çalışmalar incelendiğinde; gelir durumunu orta

düzeyde olduğunu ifade edenlerin oranının %25 ila %92 arasında değiştiği gözlenmiştir (Algül 2013, Bayar et al 2014, Benli 2010, Çavuşoğlu 2015, Egelioğlu-Cetişli ark. 2014, Erdem 2012, Karabulut et al 2013, Kargın & Ünal 2011, Keskin & Babacan-Gümüş 2014, Kim & Shin 2014, Şen ark. 2014, Teskereci 2010). İnfertilite tedavisi kullanılan ilaçlar ve yapılan işlemler açısından oldukça pahalı bir süreçtir ve çiftler açısından ekonomik zorluklara sebep olmaktadır (Kırca 2011). Bu zorlu süreçte çiftlerin gelir durumu büyük önem taşımaktadır (Teskereci 2010). Çünkü düşük gelir durumu çiftlerin infertiliteden etkilenme düzeyini artırmaktadır (Durgun-Ozan 2013). Çalışmamızda infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin çoğunluğunun gelir durumunun orta düzeyde olması; tedavi sürecinin pahalı olması ve araştırmanın yapıldığı yerin devlet destekli tedavi merkezi olmasıdır. Gelir durumu iyi olan çiftlerin özel merkezlere yöneldiği, gelir durumu çok düşük çiftlerin devlet destekli olsa bile ilaç ve tedavinin bir kısmını karşılayamayacakları için tedavi merkezine gelmedikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin çoğunluğunun (%53.8) **evlilik süresinin** 5 yıl ve altında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.a.). Çalışmamızın bulguları literatürdeki çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir (Alibaşoğlu 2010, Kırço 2009, Kuş 2008, Öztürk 2011). Çalışmamızda çoğunluğun evlilik süresinin 5 yıl ve altında olmasının sebebi çiftlerin yaş grubunun düşük olması ve çiftlerin evliliklerinde çok geç kalmadan çocuk sahibi olma arayışında olduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin çoğunluğunun (%73.2) **evlilik biçiminin** tanışarak olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.a.). Literatürdeki bulgular çalışmamızla benzerlik gösterdiği gibi farklılık da göstermektedir. Daha önceki çalışmalarda tanışarak evlenen kadın ve erkeklerin oranının %22 ila %78 arasında değiştiği gözlenmektedir (Alibaşoğlu 2010, Bayram 2009, Kuş 2008, Öztürk 2011, Uğur 2014). Bunun sebebi; toplumdan topluma yetiştirilme tarzının farklılığı ve ailelerin devreye girerek evliliğe müdahale etmesidir. Çalışmamızda tanışarak evlilik oranının yüksek olması ailelerin eş seçimine fazla müdahale etmediklerini ve kişilerin evlilikten önce birbirlerini tanıma süreci geçirdikleri şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin %62.8'inin **infertilite süresinin** 5 yıl ve altında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.b.). Çalışmamızın bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmalarda infertilite süresi 5 yıl ve altında olanların oranının %54-%86 arasında değiştiği gözlenmiştir (Alibaşoğlu 2010, Bayram 2009, Kırço 2009, Kuş 2008, Öztürk 2011). Çalışmamızda infertilite süresinin düşük olması çiftlerin hem psiko-sosyal hem de ekonomik açıdan çok yıpranmadıkları şeklinde düşünülebilir. Katılımcılarımızın yaş grubunun düşük olması infertilite sürelerinin de çoğunlukla 5 yıl ve altında olmasını beraberinde getirmektedir.

Ayrıca çocuk isteminde bulunan çiftlerin infertilite tanılarının erken tespit edildiği ve erken tedavi arayışında oldukları da görülmektedir. İnfertilite süresinin düşük olması çift uyumunun ve yaşam kalitesinin çok fazla olumsuz etkilenmemesi sonucunu da doğurabilir. Çünkü infertilite süresinin uzaması eşlerin birbirlerini suçlamasına ve çift uyumunda bozulmalara neden olmaktadır. Bunun sonucunda tedaviyi bırakma ya da boşanma gibi olumsuz sonuçlar söz konusu olabilmektedir.

Çalışmamızda infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin infertilite dolayısıyla aldıkları **tedavi süresinin** çiftlerin çoğunluğunda (%84.1) 5 yıl ve altında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.b.). Literatür incelendiğinde; tedavi süresinin çalışmaların büyük çoğunluğunda 5 yıl ve altında olduğu görülmüştür (Alibaşoğlu 2010, Bayram 2009, Kırço 2009, Kuş 2008, Öztürk 2011). Tedavi süresinin artmasının çiftlerin psikolojik durumunu olumsuz etkilediği ve tedaviyi başarısız etkilediği belirlenmiştir (Kuş 2008, Taşkın ark. 2016). İnfertilite sürecinin yıpratıcılığı dikkate alınır; katılımcılarımızın çoğunluğunun tedavi sürelerinin düşük olmasının kadın ve erkeklerin daha az yıpranmaları ve katılımcıların evlilik uyumu ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesinin daha az olması açısından önemlidir. Hemşirelerin bu süreçte kilit rol üstlenerek infertiliteyi eşlerin ortak sorunu olarak ele alması, etkin baş etme yöntemleri geliştirerek eşlerin birbirlerine yakınlaşmasını sağlayarak evlilik ilişkilerindeki mutluluğu ve doyumunu arttırması gerekmektedir. Ayrıca tedavi süresince bireylerin yaşadıkları psiko-sosyal sorunların farkında olmalı ve tedaviye uyumu kolaylaştırarak infertilitenin çiftler üzerinde oluşturacağı olumsuz etkileri azaltmalıdır.

5.2. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Çift Uyumu ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda ***cinsiyetin çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*** incelendiğinde; erkeklerdeki çift uyumunun ve yaşam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.a. ve 4.2.b.). Çalışma sonuçlarımız daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Chachamovich ve arkadaşlarının 2010'da yaptıkları sistematik bir derlemenin sonucunda infertil kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden çok daha yoğun etkilendiği görülmüştür (Chachamovich et al 2010). Monga ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmasında; kadınların erkeklere göre daha düşük evlilik uyumu ve yaşam kalitesi bildirdikleri, erkeklerin ise kadınlara göre anlamlı olarak daha az stres yaşadığı, kendilerine güvenlerinin daha yüksek olduğu, evlilik ve cinsel doyumlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Monga et al 2004). Lee ve

Sun'ın (2000) yaptıkları çalışmada kadınların evlilik uyumunun erkeklerden daha kötü olduğunu bildirilmiştir (Lee & Sun 2000). Arslan ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada; infertilite sorunu yaşayan çiftlerde kadınların cinsel aktivite ve yaşam kalitelerinin erkeklere oranla daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Arslan et al 2008).

Farklılık gösteren çalışmalarda mevcuttur. Yapılan çalışmada infertilite sürecinin çiftler arasında paylaşımı artırma ve yakınlaşma gibi olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir (Schmidt et al 2005). Taşçı ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmanın sonucunda; infertil kadınların evlilik uyumlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Taşçı ark. 2008). Bu sonucu erkeklerin infertilite ile birlikte erkeklik kimliklerini sorgulamalarıyla açıklamışlardır. Güleç ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada ise çift uyumunun genel değerlendirilmesinde erkekler ve kadınlar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır (Güleç ark. 2011).

Araştırma bulgumuz kadınların çift uyumunun ve yaşam kalitesinin infertilite sürecinde erkeklerden daha olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Çünkü kadın toplumun kendisine biçtiği annelik, hamile olma vs. rolleri yerine getiremediği, doğuramadığı ve duygusal olarak evlat desteğinden mahrum kaldığı için psiko-sosyal açıdan daha çok etkilendiği düşünülmektedir. Bazı toplumlarda çocuk sahibi olmak kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran önemli bir faktör olarak görülmektedir. Diğer bir neden ise kadınların eşleri tarafından terk edilme endişesi yaşıyor olmaları olabilir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri olarak hemşirelerin çalışma sonuçlarını göz önünde bulundurarak, özellikle infertil kadınları çok yönlü ele almaları ve bu sürecin kadın için olumsuz deneyimler içerdiğinin farkında olarak iyi bir süreç sağlamaları gerekmektedir.

Çalışmamızda **yaşın çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi** olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.a. ve 4.2.b.). Çalışma sonucumuz Bayram'ın çalışması (2009) ile benzerlik göstermektedir. Ancak; çalışmamız Drosdzol ve Skrzypulec yaptıkları (2008) çalışmadan ise farklılık göstermektedir. Drosdzol ve Skrzypulec yaşın artması ile yaşam kalitesinin azaldığını belirtmişlerdir (Drosdzol & Skrzypulec 2008). Bu sonuç bize yaşın artması ile çift uyumu ve yaşam kalitesinin farklı şekillerde etkilenebileceğini göstermiştir. Katılımcılarımızın yaş grubunun çoğunlukla 35 yaş ve altında olması nedeniyle çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerinde yaşın etkisi saptanmamış olabilir. Katılımcılarımızın yaş grubu daha yüksek olsaydı daha farklı sonuçlar elde edilebilirdi.

Çalışmamızda **eğitim durumunun çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi** olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.a. ve 4.3.b.). Çalışmamızın bulguları literatürle farklılık göstermektedir. Vizheh (2015)'in

yaptığı çalışmasında eğitimin artmasının çift uyumunu artırdığını saptamıştır (Vizheh et al 2015). Chachomovich (2007)'in yaptığı çalışmada; eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin bazı boyutlarında artma olduğunu saptamıştır (Chachomovich'den Aktaran Bayram, 2009). Rashidi ve arkadaşı (2008), Drosdzol ve Skrzypulec (2008) yaptıkları çalışmalarında kadın olmanın ve düşük eğitim seviyesine sahip olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamışlardır (Rashidi et al 2008, Drosdzol & Skrzypulec 2008). Çalışmamızda eğitim durumu ile çift uyumu ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmazken; yalnızca üniversite mezunu erkeklerde eğitim durumu arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı gözlenmiştir.

Bu sonuç bize eğitim durumunun çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda böyle bir sonucun elde edilmesi; katılımcıların özelliklerinden kaynaklanabilir. Çalışmamıza katılan kadınların eğitim seviyesinin erkeklerden daha düşük olması ve kadınlarının çoğunluğunun ev hanımı olması ve herhangi bir işte çalışmaması sonucu etkilemiş olabilir. Hemşireler kadınların eğitim durumunun yanısıra yaşamlarını etkileyen diğer faktörleri de göz önünde bulundurmalıdır.

Çalışmamızda **gelir durumunun çift uyumu üzerinde** anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.a.). Çalışmamız yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Şen ve arkadaşları (2014), Bodur ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmalarında; hem erkeklerde hem de kadınlarda gelir durumu arttıkça evlilik uyumunun arttığını belirtmişlerdir (Bodur ark. 2013, Şen ark. 2014). Çalışmamızda gelir durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (4.4.b). Çalışmamızla benzer olarak; Teskereci (2010) ve Uğur'un (2014) çalışmasında; gelir durumunun yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığı belirlenmiştir (Teskereci 2010, Uğur 2014). Çalışmamızdan farklı olarak Lau (2008) yaptığı çalışmasında düşük gelirin yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz etkilediği saptanmıştır (Lau et al 2008). Bu sonuç bize gelir durumunun çift uyumunu etkilediğini; fakat gelir durumunun yaşam kalitesi üzerinde farklı etkilerinin olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda **evlilik biçiminin çift uyumu üzerinde** önemli düzeyde etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.a.). Yapılan çalışmalar çalışmamızın bulguları ile benzerlik gösterdiği gibi farklılık da göstermektedir. Bayram (2009) yaptığı çalışmasında evlilik biçiminin çift uyumu üzerinde etkisi olmadığını saptamıştır (Bayram 2009). Alibaşoğlu (2010) yaptığı çalışmasında; evlilik biçiminin çift uyumu üzerinde önemli etkisi olduğunu saptamıştır (Alibaşoğlu 2010). Çalışmamızda **evlilik biçiminin yaşam kalitesi üzerinde** önemli düzeyde etkisi olduğu saptanmıştır (4.6.b.). Yapılan literatür taraması doğrultusunda evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın

sonucunda; görücü usulü/isteyerek evlenen kadınlarda çift uyumu ve yaşam kalitesinin yüksek olduğu görülmektedir. Erkeklerde ise; tanışarak evlenenlerin en yüksek çift uyumu ve yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç tanışarak ve bireysel karar vererek evlenmenin çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin önemine dikkat çekmektedir.

İnfertilite tipine göre kadın faktörlü, erkek faktörlü, her ikisine ait ve açıklanamayan infertilite olmak üzere 4 grubun çalışmamızda; yalnızca infertilite tipinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu, ancak cinsiyetler açısından infertilite tipinin **çift uyumu ve yaşam kalitesi** üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.10.a, 4.10.b). Bayram'ın (2009) ve Çavuşoğlu'nun (2015) yaptığı çalışmalar çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Bayram 2009, Çavuşoğlu 2015). Çalışmamızda katılımcılarımızın yaklaşık yarısının (%44.7) açıklanamayan infertilite öyküsüne sahip olması nedeniyle çift uyumu ve yaşam kalitesi ile infertilite tipi arasında ilişki saptanmadığı düşünülmektedir. Kadın faktörlü ya da erkek faktörlü infertilite oranı daha yüksek saptansaydı eğer, cinsiyetler açısından çift uyumu ve yaşam kalitesinde farklılık saptanacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyetler açısından **çocuğu olmadığı için kendini baskı altında hissetme ile çift uyumu ve yaşam kalitesi** arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmezken; kendini baskı altında hissetmeyen erkeklerin çift uyumlarının ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu gözlenmektedir (Tablo 4.11.a, 4.11.b.). Taşçı ve ark. 2008 yılında yaptığı çalışmasında evlilik uyumu ile çocuk sahibi olma konusunda çevreden baskı görme arasında anlamlı fark elde edilmiştir (Taşçı ark. 2008). Kendini baskı altında hissetmenin çift uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği; çalışmamızda kendini baskı altında hissedenlerin oranının düşük olması (%24.4) nedeniyle anlamlılık saptanmadığı düşünülmektedir (Tablo 4.1.b.) .

5.3. Katılımcıların Eğitim, Gelir Durumu ve Evlilik Biçimi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bazı sosyodemografik özelliklerin (eğitim, gelir durumu ve evlilik biçiminin) yaşam kalitesi ile çoklu karşılaştırmasına ait bulgular tartışılmıştır. Bu bölümde sosyo-demografik özelliklerin çift uyumu ile çoklu karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmadığı için bulgulara yer verilmemiştir.

Çalışmamızda eğitim ve gelir durumunun yaşam kalitesi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16.). Çalışmamızda; lise mezunu ve gelir durumu orta olanlarda yaşam kalitesinin en yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu üniversite olan ve gelir durumu kötü olanlarda ise; yaşam kalitesinin en kötü olduğu görülmüştür. Literatürde infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerde eğitim durumunun ve gelir durumunun birlikte yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın sonucunda; eğitim seviyesi yüksek olanların gelir durumu kötü olunca, istedikleri yaşam standartlarına ulaşamayacakları nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle infertilitede ekonomik durum en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Devletin infertilite hizmetlerini desteklemesi gerekmektedir.

Çalışmamızda evlilik biçimi ve gelir durumunun yaşam kalitesi ile arasında anlamlı ilişki saptanırken; bu anlamlılık cinsiyet, evlilik biçimi ve gelir durumu açısından görülmemektedir (Tablo 4.17.). Çalışmamızda evlilik biçimi tanışarak olan ve gelir durumu orta olanlarda yaşam kalitesi en yüksek iken; gelir durumu kötü fakat görücü usulü/isteyerek evlilik yapanlar ikinci sırada yer almaktadır. Literatürde infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerde evlilik biçiminin ve gelir durumunun birlikte yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Görücü usulü istemeden evlilik yapan çiftlerde gelir durumunun yükselmesi bile yaşam kalitesi üzerinde çok olumlu bir etki yaratmamaktadır (Tablo 4.17.). Yaşam kalitesi üzerinde evlilik biçiminin önemli etkisi olduğu, tanışarak evlilik yapan ve buna paralel olarak gelir durumu da kötü olmayan kadın ve erkeklerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evlilik biçiminin sadece çift uyumunu değil aynı zamanda yaşam kalitesini de olumlu etkilediği saptanmıştır.

5.4. Çift Uyumu İle Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerde çift uyumu ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının arasındaki ilişkiye ait bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda; çift uyumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.18.). Literatür incelendiğinde; Bayram'ın 2009'da yaptığı çalışmasında yaşam kalitesi ve çift uyumunun bazı alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Bayram 2009). Bayram'ın çalışması çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatürde çift uyumunu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

İnfertil çiftlerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada, erkek hastaların daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu, kadın ve erkek hastalar arasında önemli farklar olduğu belirlenmiştir. Erkek faktöründen kaynaklanan infertilitede sağlıkla ilgili yaşam kalitesi daha iyi bulunmuştur (Rashidi et al 2008). Evlilik uyumunun bozulması aynı zamanda yaşam kalitesinin de olumsuz etkilenmesi anlamına gelmektedir. Bu süreçte çiftlerin birbirleriyle duygu ve kaygılarını paylaşması sorunların aşılmasında büyük önem taşımaktadır. Eşlerin tedavi sürecinde birbirlerine verdikleri destek büyük önem taşımaktadır (Şen ark. 2014, Sezgin&Hocaoğlu 2014).

Çalışmamızın sonucu; çift uyumunun artmasının beraberinde yaşam kalitesini de artırdığını, bu artışın kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğer bir deyişle; çift uyumu artan kadınların erkeklere göre yaşam kaliteleri daha fazla yükselmektedir. Çünkü infertilitede sebep her ne olursa olsun erkek faktörlü olsa dahi, karmaşık tedavilere ve girişimlere maruz kalan kadın bedenidir. Bundan dolayı; kadınlara toplum tarafından çocuk sahibi olamadığı için uygulanan baskı ve buna bağlı yaşadıkları sıkıntılar erkeklere göre daha fazladır.

5.5. Çift Uyum ve Yaşam Kalitesinin Alt Boyutlarına Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin alt boyutlarına ait bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda ölçeklerin alt boyutlarına bakıldığında; çift doyumu alt boyutu dışındaki tüm boyutlarda erkeklerin puan ortalamaları kadınlardan daha yüksektir (Tablo 4.19.). Alt boyutlarda cinsiyetler açısından farklılığa bakıldığında; çift uyumu, ilişkisel ve tedavi çevresi alt boyutunda kadınlar ve erkekler açısından önemli farklılık olduğu ve erkeklerin bu alt boyutlarda kadınlardan daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir.

Çalışmamızda **yaşam kalitesinin alt boyutlarından** erkeklerde ilişkisel alt boyutun, kadınlarda ise tedavi çevresi alt boyutunun en düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.19.). Literatür incelendiğinde; Belen'in (2012) ve Uğur'un (2014) kadınlarda yaptığı çalışmasında yaşam kalitesinde en düşük alt boyutun duygusal alt boyut olduğu; Karabulut'un (2013) kadınlarda yaptığı çalışmasında ise primer infertil tanısı almış kadınlarda duygusal alt boyutun, sekonder infertilite tanısı almış kadınlarda ise çevresel alt boyutun en düşük olduğu saptanmıştır (Belen 2012, Karabulut et al 2013, Uğur 2014).

Asazawa ve ark. 2015 yılında 502 çift üzerinde yaptığı çalışmasında ise; tedavi tolerasyonu alt boyutundan alınan puan ortalamasının en düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların özelliklerine bağlı olarak yaşam kalitesinin alt boyutlarının cinsiyete bağlı olarak farklılıklar gösterebileceği gözlenmiştir.

Çalışmamızda **çift uyumunun alt boyutlarından** sevgi gösterme alt boyutunun hem erkeklerde hem de kadınlarda en düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.19.). Egeliolu-Cetişli ve arkadaşlarının (2014) kadınlar üzerinde yaptığı çalışmasında sevgi gösterme alt boyutunun; Eren-Bodur ve arkadaşlarının (2013) ve Güleç ve arkadaşlarının (2011) çiftler üzerinde yaptıkları çalışmalarında hem erkeklerde hem de kadınlarda sevgi gösterme alt boyutunun en düşük olduğu saptanmıştır(Bodur ark. 2013, Egeliolu-Cetişli ark. 2014, Güleç ark. 2011). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; çift uyumunda sevgi gösterme alt boyutunun düşük olduğu gözlenmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

Araştırma kapsamında infertilite tedavisi alan 209 erkek ve 213 kadın incelenmiştir. En sık saptanan yaş aralığı 35 yaş ve altıdır.

Katılımcıların yarısından fazlası (%74.7) lise ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir.

Katılımcıların yarısından fazlası (%61.1) gelir durumunun orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların %39.3'ü işçi olarak çalışmaktadır. Kadınların %59.2'sinin ev hanımı olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %53.8'inin evlilik süresi 5 yıl ve altındadır.

Katılımcıların yarısından fazlası (%73.2) tanışarak evlilik yapmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %92.9'u primer infertil öyküsüne sahiptir.

Katılımcıların %84.1'inin tedavi süresi 5 yıl ve altındadır.

Katılımcıların %24.4'ü çocuk sahibi olmadığı için kendini baskı altında hissetmektedir.

Katılımcıların %50.5'i evlat edinmeyi düşünmemektedir.

Katılımcıların %91'i sperm ya da yumurta bağışını düşünmediğini dile getirmiştir.

Cinsiyetin çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan önemli bir faktör olduğu saptanmıştır.

Yaşın, eğitimin, meslek durumunun, tedavi süresinin, infertilite süresinin ve evlilik süresinin çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Gelir durumunun çift uyumu üzerinde olumlu etkisi olduğu; fakat beklenenin aksine yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır.

Evlilik biçiminin hem çift uyumu hem de yaşam kalitesi üzerinde önemli düzeyde etkisi olduğu saptanmıştır.

ÇUÖ ve FertiQol Ölçeğinin puan ortalamaları arasında beklenen orandan daha yüksek ve pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Eğitim ve gelir durumunun yaşam kalitesi ile, evlilik biçimi ve gelir durumunun yaşam kalitesi ile çoklu karşılaştırılmalarında aralarında anlamlılık olduğu belirlenmiştir.

Öneriler;

- ✓ İnfertilite tedavisi alan çiftlere tedavi öncesi ya da tedavi sırasında psikolojik danışmanlık ve destek verilmesi, çiftlerin beklentilerine cevap verebilecek eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ İnfertil çiftler için dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de psikolojik danışmanlık merkezlerinin kurulması,
- ✓ Tedavi sürecinde çiftlerin birbirlerine olan desteklerinin öneminin vurgulanması,
- ✓ İnfertilite tedavisinin ekonomik boyutunun devlet tarafından desteklenmesi,
- ✓ Kliniklerde çiftlerin yaşam kalitesinin ve çift uyumunun ele alınması, verilen hemşirelik hizmetlerinin tüm aileye yönelik olması,
- ✓ Araştırmacıların bundan sonra yapacağı çalışmalarında infertil çiftlerde yaşam kalitesini değerlendiren ölçüm araçlarında alt boyutları cinsiyetler açısından değerlendirmeleri önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

Abdella, R.M.A., Abdelmoaty, H.I., Elsherif, R. H., Sayed, A.M., Sherif N.A. et al. (2015). Screening For Chlamydia Trachomatis In Egyptian Women With Unexplained Infertility, Comparing Real-Time PCR Techniques To Standard Serology Tests: Case Control Study. BMC Women's Health 15: 1-8. DOI: 10.1186/s12905-015-0202-5.

Adıgüzel F.I., Adıgüzel, C., Seyfettinoğlu, S., Ürünsak, İ.F. (2015). Açıklanamayan İnfertilite Etiyolojisinde Olası Risk Faktörü Olarak Herediter Trombofilinin Yeri. Bakırköy Tıp Dergisi 11: 162-6.

Aksu, S., (2010). Açıklanamayan İnfertilitesi Olan Hastaların Endometriyumlarında Doğal Öldürücü Hücre Yoğunluğunun Değerlendirilmesi.

Aktürk, F.S. (2006). Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Afyon.

Albayrak, E., Günay O. (2007). State And Trait Anxiety Levels Of Childless Women İn Kayseri, Turkey. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 12: 385-90.

Algül, Ö. (2013). İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.

Alibaşoğlu, H. (2010). İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyuymu Ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Allan, H., Mounce, G. (2015). Managing Infertility İn Primary Care. 26(9):440-443.

Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2014). Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 13: 345-50.

Anderson, K., Nisenblat, V., Norman, R. (2010). Lifestyle Factors İn People Seeking Infertility Treatment – A review. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 50: 8-20. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2009.01119.x.

Arslan-Özkan, İ. (2012). Watson'ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınların, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. İzmir.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Arslan, H., Berkiten-Ergin, A., Coşkuner-Potur, D., Çıtak-Bilgin, N. (2008). Evaluation of the Relationship Between Sexual Dysfunction and Quality of Life in Infertile Couples. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 18: 364-71.

Asazawa, K., Mori, A. (2015). Development Of A Partnership Causal Model For Couples Undergoing Fertility Treatment 12: 208-221. Japan Journal of Nursing Science. DOI:10.1111/jjns.12061

In-Vitro Fertilization (2009).
https://www.teachengineering.org/collection/cub /activities/cub_biomed/cub_biom_ed_lesson08_activity1_handout-ivf.pdf

Aşçı, Ö., Kızılkaya-Beji, N. (2012). İnfertilite Danışmanlığı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 20: 154-9.

Audu, B.M. (2002). Sexual Dysfunction Among İnfertile Nigerian Women. Journal of Obstetrics and Gynaecology 22: 655-7. DOI:10.1080/0144361021000020475.

Aydın, S., Kızılkaya-Beji, N. (2013). İnfertil Çiftlerde Cinsel Fonksiyon ve İnfertilite Danışmanının Rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 10: 8-13.

Aydoğdu, S. (2009). Kontrollü Ovaryen Hiperstimulasyon Ve İntrauterin İnseminasyon Yapılan Olgularda GnRH Antagonist Kullanımının Gebelik Oranlarına Etkisi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Kliniği 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. İstanbul.

Bahamondes, L., Makuch, M. (2014). Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. Bahamondes and Makuch Reproductive Biology and Endocrinology 12: 1-7. DOI: 10.1186/1477-7827-12-87.

Balash, J. (2000). Investigation of the İnfertil Couple. Human Reproduction, 15: 2251-7.

Balen, A. (2008). Infertility İn Practice Third Edition. UK: Informa Healthcare: 11-22.

Bayar, U., Basaran, M., Atasoy, N., Kokturk, F., Inan-Arikan, İ. et al. (2014). Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. Journal of Pakistan Medical Association 64: 138-45.

Bayram, G.O. (2009). İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Begum, B.N., Hasan, S. (2014). Psychological Problems Among Women With Infertility Problem: A Comparative Study. 64: 1287-91.

Belen, S. (2012). The Relationship Between Perceived Quality Of Life And Coping Skills In Individuals Regarding Fertility Problems. Master of Arts in Educational Sciences. Boğaziçi University.

Benli, S. (2010). İnfertil Kadınlarda Depresyon Ve Anksiyete Durumu ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Konya.

Berek, J.S. (2004). Novak's Gynecology Nöbal Tıp Kitabevi, Adana.

Berg, B.J., Wilson, J.F. (1991). Psychological Functioning Across Stages of Treatment for Infertility Journal of Behavioral Medicine 14: 11-26.

Bodur, N.E., Çoşar, B., Erdem, M. (2013). İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumunun Demografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 38: 51-62.

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., Nygren, K.G. (2007). International Estimates Of Infertility Prevalence And Treatment-Seeking: Potential Need And Demand For Infertility Medical Care. Human Reproduction 22: 1506-12. DOI:10.1093/humrep/dem046.

Boyras, G. (2013). Açıklanamayan İnfertilite Nedeniyle İntrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalarda Ejakülattaki Preapoptotik Sperm Oranının İntrauterin İnseminasyon Başarısındaki Etkisinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Ankara.

Braverman, A.M. (2004). Psychosocial aspects of infertility: sexual dysfunction. International Congress Series 1266: 270-6. DOI:10.1016/j.ics.2004.01.085

Breidahl, V. (2005). The ART of Fertility Nursing In Australia. Australian Nursing Journal 13: 1-3.

Brinsden, P.R. (2005). A Historical Review of In Vitro Fertilizasyon(IVF).pp. 7.

Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M.P., Cordova, F.P., Knauth, D., Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. Human Reproduction 24: 2151-7. DOI:10.1093/humrep/dep177

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Chachamovich, J.R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M.P., Knauth, D., Passos, E.P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 31: 101-10. DOI: 10.3109/0167482X.2010.481337.

Cooper, M. (2007). Female infertility: Pathophysiology. *Practice Nursing Journal* 18: 611-4.

Cserepes, R.E., Bugán, A., Korösi, T., Toth, B., Rösner, S., et al. (2014). Infertility Specific Quality of Life and Gender Role Attitudes in German and Hungarian Involuntary Childless Couples. *Geburtsh Frauenheilk* 74: 1009-1015. DOI:10.1055/s-0034-1383235

Çavuşoğlu, İ. (2015). İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik. İstanbul.

Çayan, S., Kadioğlu, A. (2005). Varikoselin Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Türk Üroloji Dergisi* 31: 57-63.

Çetinbaş, A., Dağdeviren, H.N., Öztora, S., Çaylan, A., Sezer, Ö. (2014). Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İç Güvenilirlik Analizi. *Eurasian Journal of Family Medicine* 3: 105-10.

Demir, S., Kızılkaya-Beji, N. İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. 136-9.

Demirci, N., Coşkuner-Potur, D. (2014). Erkek Fertilitesi ve Riskli Yaşam Biçimi Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 22: 39-45.

Demiroğlu, A., Güven, S., Gürkan, T. (2006). İnfertilitede Tubo-Peritoneal Faktör. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 13: 199-202.

Dinç, A., Kızılkaya-Beji, N. (2001). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. In *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*, ed. N Kızılkaya-Beji, pp. 75-92. İstanbul: Emek Matbaacılık.

Direkvand-Moghadam, A., Delpisheh, A., Direkvand-Moghadam, A. (2014). Effect of Infertility on the Quality of Life, A Cross Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 8: 13-5. DOI: 10.7860/JCDR/2014/8481.5063.

Dohle, G.R., Weidner, W., Jungwirth, A., Colpi, G., Papp, G. et al. (2010a). EAU İnfertilite Kılavuzu pp. 7-10.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Dohle, G.R., Zsolt, K., Jungwirth, A., Diemer, T., Giwercman, A., Krausz, C. (2010b). Erkek İnfertilitesinin Tetkik ve Tedavi Kılavuzu. <http://uroweb.org/wp-content/uploads/Male-Infertility.pdf> Erişim Tarihi: 21.02.2016.

Dolgun, G. (2003). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geliştirilmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.

Donarelli, Z., Lo-Coco, G., Gullo, S., Salerno, L., Marino, A., et al. (2016). The Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQoL) Relational Subscale: Psychometric Properties And Discriminant Validity Across Gender. *Human Reproduction*, 0: 1-11. DOI: 10.1093/humrep/dew168.

Drosdzol, A., Skrzypulec, V. (2008). Quality Of Life And Sexual Functioning Of Polish Infertile Couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 13: 271-81. DOI: 10.1080/13625180802049187.

Durgun-Ozan, Y. (2013). Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların, Anksiyete, Baş Etme ve İnfertilite Etkilenme Durumlarına Etkisi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Egelioğlu-Cetişli, N., Serçekeş, P., Oğuz, N. (2014). Primer İnfertil Kadınlarda Cinsel Doyum ve Çift Uyum. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 16 38-47.

Erdem, K. (2012). İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek İle Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.

Erdemir, F. (2013). Obezite ve Erkek İnfertilitesi / Obesity and Male Infertility. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 4: 76-82. DOI:10.4328/JCAM.747.

Erdemir, F., Kılıç, Ş. (2011). Varikosel. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 3: 1-11.

Erdoğan, O.S. (1992). 1987-1991 Yılları arasında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastanesi infertilite kliniğine başvuran infertil hastalarda laparoskopik ve histerosalpingografik bulguların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi Sağlık Bakanlığı Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi. Ankara.

Erdoğan, S., Çöğendez. E., Eken, M., Keyif, B., Erdoğan, B., Kaya, E. (2015). Kontrollü Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Alan İnfertil Hastalarda Gebelik Oranlarını Etkileyen Faktörler. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi* 7: 1-7. DOI: 10.5222/iksst.2015.001.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Eren, N. (2008). İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ankara.

Fekkes, M., Buitendijk, S.E., Verrips, G.H.W., Braat, D.D.M., Brewaeys, A., et al. (2003). Health-Related Quality Of Life İn Relation To Gender And Age İn Couples Planning IVF Treatment. Human Reproduction 18: 1536-43. DOI:10.1093/humrep/deg276.

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

Folkvord, S., Odegaard, O.A., Sundby, J. (2005). Male infertility in Zimbabwe. Patient Education and Counseling 59: 239-43.

Gourounti, K., Lykeridou, K., Vaslamatzis, G. (2012). Increased Anxiety And Depression İn Greek İnfertile Women Results From Feelings Of Marital Stress And Poor Marital Communication Health Science Journal 6: 69-81.

Gönenç, A.İ. (2009). İntrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalarda Kontrollü Overyan Hiperstimulasyonda GnRH Antagonist Uygulanan ve Uygulanmayan Protokollerin Gebelik Sonuçlarının Karşılaştırılması.

Group, T.W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. 41: 1403-9.

Guideline. (2012). Infertility Clinical Guideline Standard Infertility Workup.

Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G., Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 22: 166-76.

Gümüşdaş, M., Ejder-Apay, S. (2016). Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Journal of Health Science and Profession 3: 1-8.

Güngör, İ., Kızılkaya-Beji N. (2015). İnfertilite Hemşirelerinin Gelişen Rollerini ve Sertifikasyon Gereksinimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 23: 152-9.

Gürhan, N., Atlı, A., Saral, E. (2008). İnfertilitenin Kadın ve Erkek Üzerindeki Psikososyal Etkileri. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 22: 35-40.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., Möller, A. (2006). First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. Human Reproduction 21: 3295-302.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Hongxia, Z., Shuyu, W., Songwen, Z., Tao, W., Xiaohong, D. (2014). Increasing trend of prevalence of infertility in Beijing. Chinese Medical Journal 127: 691-5.

Hotun-Şahin, N., Bilgiç, D. (2015). İnfertilite Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, ed. N Kızılkaya-Beji, pp. 113-7. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.

Hotun-Şahin, N., Bilgiç, D., Demirgöz, M. (2009). Doğurganlığı Etkileyen Faktörler. In İnfertilite Hemşireliği, ed. N Kızılkaya-Beji, pp. 11-32. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş.

Hussain, T., Tauseef, A., Bari, A., Rasheed, U., Hassan, J.A. (2014). Awareness Among General Population Attending Civil Hospital Karachi About Risk Factors Associated With İnfertility. Journal of Pakistan Medical Association 64: 725-30.

İlerisoy, M. (2012). Aile Sistemleri Kuramı Çerçevesinde İnfertilite Tedavisi Gören Ailelerde Aile Yaşam Döngüsünün Nitel Yöntemlerle Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloj Programı. İstanbul.

Işıkçı, T. (2012). Açıklanamayan İnfertilite Olgularında IVF Başarısı Önceden Predikte Edilebilir Mi? Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Eskişehir.

Jisha, P.R., Thomas, I. (2016). Quality of Life and Infertility: Influence of Gender, Years of Marital Life, Resilience, and Anxiety. Springer.

Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., et al. (2010). Gender Perspective On Quality Of Life, Comparisons Between Groups 4-5.5 Years After Unsuccessful Or Successful IVF Treatment.

Johnson, M.H. (2011). Robert Edwards: the path to IVF. Reproductive BioMedicine Online 23: 245-62.

Kahyaoglu-Sut, H., Balkanlı-Kaplan, P. (2015). Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. Nursing and Health Sciences 17: 84-9.

Kahyaoğlu, S., Kahyaoğlu, İ., Süt, N., Aydın, M., Mollamahmutoğlu, L., Özcan, U. (2012). Tubal Faktörü Diagnostik Laparoskopji İle Saptanan İnfertil Kadınlarda Serum Antiklamidyal Antikor Düzeyinin Tanısal Değeri Ve İnfertilitee Araştırmasındaki Yerin Belirlenmesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 9: 47-54.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Kara, Ö. (2011). Açıklanamayan İnfertilite Nedeniyle Kontrollü Ovaryan Hiperstimülasyon Ve İntrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalarda İui Öncesi Sperm Hazırlama Tekniklerinden Swim Up Ve Dansite Gradient Santrifugasyon Yöntemlerinin Gebelik Başarısı Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Ankara.

Karabulut, A., Özkan, S., Oğuz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: 193-7.

Karaca, A. (2011). İnfertil Kadınların Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Baş Etmelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.

Karaca, A., Unsal, G. (2015). Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nursing Research* 9: 243-50.

Karaca, A., Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 3: 80-5.

Karaca, A., Ünsal, G. (2015). İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi* 12: 126-32.

Karanisoğlu, H., Yazıcı, S. (2009). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. In *İnfertilite Hemşireliği*, ed. N Kızılkaya-Beji, pp. 69-88. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A. Ş.

Kargın, M., Ünal, S. (2011). İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi. *49: 54-60.*

Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sütçigil, L., et al. (2007). Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar, Sosyal Destek ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var Mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 18: 311-22.

Katib, A. (2015). Mechanisms linking obesity to male infertility. *Central European Journal of Urology* 68: 79-85.

Kavlak, O., Saruhan, A. (2002). İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 41: 229 – 32.

Kazandi, M., Gunday, O., Kurtulus-Mermer, T., Erturk, N., Ozkınay, E. (2011). The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 9: 99-104.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Keramat, A., Masoumi, S.Z., Mousavi, S.A., Poorolajal, J., Shobeiri, F., Mehdi-Hazavehie, S.M. (2013). Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Couples. *Journal of Research in Health Sciences* 14: 57-64.

Keskin-Gürbüz, Ş. (2007). İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun in Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D., İstanbul.

Keskin, G., Babacan-Gümüş, A. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 5: 9-16.

Keskin, G., Bilge, A., Akmeşe, Z.B., Saydam, B.K. (2012). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon, Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 21: 53-60.

Kılıç, M., Ejder-Apay, S., Kızılkaya-Beji, N. (2011). İnfertilite ve Kültür. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 19: 109-15.

Kılıç, S., Beytur, A., Altunoluk B., Leyla., Beytur, L., Oğuz, F., Atmaca, R. (2005). İnfertilite Nedeniyle Eş Spermisi İle Uygulanan 78 İntrauterin İnseminasyon (İÜİ) Siklusunun Sonuçları ve İÜİ Başarısını Etkileyen Faktörler: Retrospektif Bir Çalışma. *Türk Üroloji Dergisi* 31: 516-23.

Kılınç, R.A. (2007). Çukurova Üniversitesine Başvuran İnfertil Çiftlerde İn Vitro Fertilizasyon Endikasyonları. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Adana.

Kim, J.H., Shin, H.S. (2014). Validation of a Korean Version of Fertility Problem Inventory. *Asian Nursing Research*: 207e12.

Kırca, N. (2011). İnfertilite Tedavisinde Başarılı Olmuş Kadınların Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.

Kırca, N., Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 5: 162-78.

Kırço, T. (2009). İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Kızılkaya- Beji, N., Zengin, M., Dinç, H. (2009.) İnfertilite Hemşirlerinin Değişen Roller ve Eğitim Gereksinimleri In İnfertilite Hemşireliği, ed. N Kızılkaya-Beji, pp. 255-64. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A. Ş.

Kızılkaya-Beji, N., Kaya, D. (2012). İnfertilitede Birey-Çift ve Grup Danışmanlığı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 9: 10-4.

Kızılkaya, N. (1987). İnfertil Çiftlerin Bilgileri, Uygulamaları ve İnfertilitenin Psiko-Sosyal Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. İstanbul.

Kongresi, Z.T.B.J.O. (2015). İnfertil Kadınların Eş Uyumunun Ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 1(1).

Koyun, E. (2013). Obezitenin sperm fonksiyonlarına etkisi Androloji Bülteni 54:185-189.

Köse, M. (2010). Uzun Süreli Nedeni Açıklanamayan İnfertilitesi Ve Tekrarlayan İntrauterin İnseminasyon Başarısızlığı Olan Hastalarda Trombofili Prevalansının Gösterilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Afyonkarahisar.

Kuş, C. (2008). İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.

Lau, J.T., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J.H., Yang, X., Tsui, H.Y. (2008). Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples.34: 248-67.

Lee, T. Y., Sun, G.H. (2000). Psychosocial Response Of Chinese Infertile Husbands and Wives. Archives Of Andrology 45: 143-8.

Leung, T.W., Ng E.H.Y., Leung, W.C., Ho, P.C. (2003). Intimate partner violence among infertile women. International Journal of Gynecology and Obstetrics 83: 323-4.

M. Heredia, J.M. Teni´as, R. Rocio, F. Amparo, M.A. Calleja, Valenzuela JC. (2013). Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: 176-80.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Medicine. (2010). Human in vitro fertilization. pp. 8.
https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2010/advanced-medicineprize2010.pdf

Mengeot, M.A., Vogel, L. (2008). Production And Reproduction, Stealing The Health Of Future Generations.

Merzenich, H., Zeeb, H., Blettner, M. (2010). Debate Decreasing Sperm Quality: A Global Problem? BMC Public Health 10: 1-5.

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S.E., Stein, M., Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function Adult Urology 63: 126-30.

Montazeri, A. (2007). Infertility and Health Related Quality of Life: Minireview of the Literature. Journal of Family and Reproductive Health 1: 55-8.

Mosalanejad, L., Parandavar, N.S.A. (2014). Barriers to Infertility Treatment: An Integrated Study. Global Journal of Health Science 6: 181-91.

Mousavi, S.A., Masoumi, S.Z., Keramat, A., Pooralajal, J., Shobeiri, F. (2013). Assessment of Questionnaires Measuring Quality of Life in Infertile Couples: A Systematic Review. Journal of Reproduction & Infertility 14: 110-9.

Mutlu, M.F., Baştu, E., Öktem, M. (2013). Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Bakış. Gazi Medical Journal 24: 29-32.

Nursing. (2011). Competences: Specialist competences for fertility nurses. pp. 1-36. Royal College of Nursing.

Oğuz, H.D. (2004). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Oltuluoğlu, H., Günay, U., Aylaz, R. (2014). İnfertil Çiftlerin Duygu Durumları: Niteliksel Bir Çalışma Sağlık Bilimleri Dergisi 23: 92-8.

Onat, G., Beji, N.K. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: 243-8.

Orhan, E. (2010). Erkek Kaynaklı İnfertilite Tanısı Almış Çiftlerde Kaygı ve Depresyon Belirtileri, Evlilik Uyumu Ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı. İstanbul.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Orji, E.O., Kutu, O., Fasubaa, O.B. (2002). Impact of infertility on marital life in Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 79: 61-2.

Özcan-Dağ, Z., Dilbaz, B. (2015). Impact of obesity on infertility in women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 16: 111-7.

Özçelik, B., Karamustafaloğlu, O., Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8: 140-8.

Öztürk, T. (2011). İnfertilitede Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tutumları, Sürekli Öfke İfade Tarzı Açısından Cinsiyet Farklılıkları. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Partovi-Meran, H.E., Kızılkaya-Beji, N. (2016). İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. *Androloji Bülteni* 18: 60-4.

Pasch, L.A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R.D., et al. (2012). Psychological Distress And İn Vitro Fertilization Outcome. *Fertility and Sterility* 98: 459-64.

Pei-Yang, H., Ming-Wei, L., Jiann-Loung, H., Maw-Sheng, L., Wu, M.H. (2013). The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 52: 204.

Peronace, L.A., Boivin, J., Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28: 105-14.

Peterson, B.D., Gold, L., Feingold, T. (2007). The Experience and Influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal: Counseling And Therapy For Couples And Families* 15: 251-7.

Peyromusavi, F., Barouni, M., Naderi, T., Shahravan, A. (2016). Factors Affecting Response to Infertility Treatment: Case of Iran. *Global Journal of Health Science* 8: 118-23.

Pramanik, P. (2012). Impact of adulthood lifestyle on male infertility: A critical review of the current literature. *International Journal of Life Science & Pharma research* 2: 51-61.

Preuthipan, S., Linasmita, V. (2003). Aprospective Comparative Study Between Hysterosalpingography And Hysteroscopy İn Detection Of Intrauterine Pathology İn Patients With İnfertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 29: 33-7.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Ramalingam, M., Kini, S., Mahmood, T. (2014). Male fertility and infertility. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine* 24: 326-32.

Ramazanzadeh, F., Noorbala, A.A., Abedinia, N., Naghizadeh, M.M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 7: 97-103.

Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., Ashrafi, M. (2008). Health-Related Quality of Life in Infertile Couples Receiving IVF or ICSI Treatment. *BMC Health Services Research* 8: 1-6.

Repokari, L., Punamaki, R.L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P. et al. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction* 22: 1481-91.

Reşorlu, B., Yaman, Ö., Özayar, A., Özden, E., Yeşil, M. (2006). Bilateral intratestiküler varikozel. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 59: 77-9.

Rogerson, L., Bates, J., Weston, M., Duffy, S. (2002). A comparison of outpatient hysteroscopy with saline infusion hysterosonography. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109: 800-4.

Rutstein, S.O., Shah, I.H. (2004). Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. *DHS Comparative Reports*.

Santoro, N., Eisenberg, E., Trussell, J.C., Craig, L.T.B., Gracia, C. et al. (2016). Fertility-related quality of life from two RCT cohorts with infertility: unexplained infertility and polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction* 0: 1-12.

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling* 59: 244-51.

Sezgin, H., Hocaoğlu, Ç. (2014). İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 6: 165-84.

Smith, N.K., Madeira, J., Millard, H.R. (2015). Sexual Function and Fertility Quality of Life in Women Using In Vitro Fertilization. *International Society for Sexual Medicine* 2: 985-93.

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and the similar dyads. *Journal of Marriage Family* 38: 15-28.

Speroff, L., Glass, R.H., Kase, N.G. (1996). *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite*.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Statement, A.P. (2014). Infertility Treatment as a Covered Health Insurance Benefit. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 43: 264-5.

Strauss, J.F., Barbieri, R.L. (2006). *Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology* Güneş Kitabevi Ltd. Şti. Öncü Basımevi.

Şen, E., Bulut, S., Şirin, A. (2014). Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 22: 17-24

Şen S. (2011). İnfertil Kadınların Damgalanma Deneyimleri. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı. İzmir.

Şener, A., Terzioğlu, G. (2002). Ailede Eşler Arası Uyuma Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Kardelen Ofset Matbaacılık Tanıtım Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti., Ankara: T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.

Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O., Yücesoy, F. (2008). İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumunu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 5: 105-10.

Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 647-69 pp.

Taşkın, M.İ., Usta, A., Cüce, C., Adalı, E., Arslan, M. (2016). İnfertil Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve İlişkili Faktörler. *European Journal of Health Sciences* 2: 79-84.

Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Karatay, G. (2008). Sigara ve İnfertilite. ed. HÜ-SBFH Bölümü, pp. 13-6. Klasmat Matbaacılık, Ankara.

Teskereci, G. (2010). İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Antalya.

TNSA. (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. pp. 117. Ankara, Türkiye Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Topdemir-Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsan Bilim Dergisi* 1: 27-38.

Türkoğlu, D., Tamam, L., Evlice, Y.E. (1997). Kısırlığın Psikiyatrik Yönleri. 10: 48-55.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Uğur, A.S. (2014). İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı. İstanbul.

Upkong, D., Orji, E. (2006). Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 17: 259-65.

Ünal, S., Kargin, M., Akyüz, A. (2010). İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 9: 481-6.

Vizheh, M., Pakgozar, M., Rouhi, M., Veisy, A. (2015a). Impact of Gender Infertility Diagnosis on Marital Relationship in Infertile Couples: A Couple Based Study. Springer

Vizheh, M., Pakgozar, M., Rouhi, M., Veisy, A. (2015b). Impact of Gender Infertility Diagnosis on Marital Relationship in Infertile Couples: A Couple Based Study. Springer 33: 457-68.

WHO. (2010). WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. Geneva.

WHO. (2010) Mother or nothing: the agony of infertility. Bull World Health Organ 88: 881-2.

www.fertiqol.org. En Son Erişim Tarihi:19.08.2016.

Yanikkerem, E., Kavlak, O., Sevil, Ü. (2008). İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 11: 112-21.

Yenal, K., Tokat, M., Figen, P. (2008). İnfertilite Danışmanlığı Nedir? Nasıl Olmalıdır? 2. Güncel Üreme Endokrinolojisi, Yardımcı Üreme Teknikleri Kongresi ve 1. Üreme Tıbbı Derneği Kongresi Konuşma Metinleri ve Bildiri Özetleri Kitabı: 177.

Yeşiltepe-Oskay, Ü. (2009). İnfertilitenin Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. In İnfertilite Hemşireliği, ed. N Kızılkaya-Beji, pp. 177-95. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş.

Yıldırım, M. (1983). Kadın İnfertilitesi ve Mikroşirürji Er Ofset Basımevi, Ankara.

Yıldız-Eryılmaz, H., Ekşi, Z., Günüşen-Ertuğrul, E. (2009). İnfertilite Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü. In İnfertilite Hemşireliği, ed. N Kızılkaya-Beji, pp. 49-68. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Yildizhan, R., Adali, E., Kulusari, A., Kurdoglu, M., Yildizhan, B., Sahin, G. (2009). Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. International Journal of Gynecology and Obstetrics 104: 110-2.

Yılmaz, K. (1986). Varikosel ile İnfertilite Arasındaki İlişki ve Varikosellektominin Bu İlişkiye Etkisi. Üroloji Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı. Konya.

Yılmaz, T.Ş. (2012). İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.

Yumru, A.E., Öndeş, B. (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi. Journal Of Academic Research in Medicine 1: 57-60.

8. EKLER DİZİNİ

EK –1: Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu

HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN ÇİFTLERDE, ÇİFT UYUMUNUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Arş. Gör. Fatma ZEREN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği

Danışman: Doç. Dr. Elif GÜRİSOY


Sayın katılımcı;

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Hikmet Hassa Üreme Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve çocuk sahibi olma nedeniyle tedavi gören kadın ve erkeklerde çift uyumu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirleyen ve çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren bir çalışmadır. Bu çalışma kapsamında onayınız doğrultusunda sizlere "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Çiftler Uyum Ölçeği" ve "FertiQol Ölçeği" anket formu uygulanacaktır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek, vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle kimseyle paylaşılmayacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olmanız esastır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Katılımcının onayı:

EK-2: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Kararı



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Uğur BİLGE
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyostatistik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Uroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Altan ESSİZOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Koray HARMANCI
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı / Çocuk İmmünolojisi ve Allerjisi Bilim Dalı

Doç. Dr. Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Belir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAS
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Gülfidan DEMİRKAYA
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

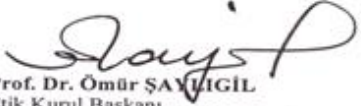
Sayı: 80558721/G-33
Konu: Karar – Arş.Gör.Fatma ZEREN

11 Mart 2015

Sayın; Doç. Dr. Elif GÜRSOY
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz *“İnfertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumunun hayat kalitesi üzerine etkisi”* başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.



Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
Etik Kurul Başkanı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI
KARAR FORMU

Başvuru Tarihi: 14.01.2016	Çalışmanın Başlığı: YENİ ADI: İnfertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumunun hayat kalitesi üzerine etkisi ESKİ ADI: İnfertil Çiftlerde Çift Uyumunun Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi – Doç. Dr. Elif GÜRSOY (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Arş. Gör. Fatma ZEREN (Yüksek Lisans Tez Sahibi)																								
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 09.02.2016	Sonuç: <ol style="list-style-type: none">1. Araştırmanın başlığı “İnfertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumu ve hayat kalitesi ilişkisi” olarak düzeltilmelidir.2. Araştırma için güç analizi korelasyona uygun olarak yeniden hesaplanmalıdır.3. Araştırma etik kurul onayını takiben başlamalıdır. Araştırmanın süresi düzeltilmelidir.																								
Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi: 29.02.2016	Doç.Dr.Elif GÜRSOY’un yazısı 80558721/G-06 sayılı “İnfertil Çiftlerde Çift Uyumunun Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı proje ile ilgili 09 Şubat 2016 tarihli Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Görüşü doğrultusunda yapılan düzenlemeler: 1. Araştırmanın başlığı “İnfertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumu ve hayat kalitesi ilişkisi” olarak düzeltilmelidir. “İnfertil çiftlerde çift uyumunun hayat kalitesi üzerine etkisi” olan çalışmamızın başlığı çift uyumunun hayat kalitesi üzerindeki etkisini değerlendireceği için “ <i>İnfertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumunun hayat kalitesi üzerine etkisi</i> ” şeklinde yeniden düzenlenmiştir (Bkz: Başvuru Formu Sayfa:1). 2. Araştırma için güç analizi korelasyona uygun olarak yeniden hesaplanmalıdır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı’ndan Doç. Dr. Ertuğrul ÇOLAK’tan danışmanlık alınarak, güç analizine ek olarak “Çift Uyum Ölçeği” ve “Hayat Kalitesi Ölçeği” arasında korelasyon ilişkisi en az 0,15 olacak şekilde aşağıda belirtildiği şekilde hesaplanmıştır. <p style="text-align: center;">OneCorrelationPower Analysis</p> <p>NumericResultswhen Ha: R0>R1</p> <table><thead><tr><th>Power</th><th>N</th><th>Alpha</th><th>Beta</th><th>R0</th><th>R1</th></tr></thead><tbody><tr><td>0,80048</td><td>346</td><td>0,05000</td><td>0,19952</td><td>0,00000</td><td>0,15000</td></tr><tr><td>0,80008</td><td>193</td><td>0,05000</td><td>0,19992</td><td>0,00000</td><td>0,20000</td></tr><tr><td>0,80224</td><td>123</td><td>0,05000</td><td>0,19776</td><td>0,00000</td><td>0,25000</td></tr></tbody></table>	Power	N	Alpha	Beta	R0	R1	0,80048	346	0,05000	0,19952	0,00000	0,15000	0,80008	193	0,05000	0,19992	0,00000	0,20000	0,80224	123	0,05000	0,19776	0,00000	0,25000
Power	N	Alpha	Beta	R0	R1																				
0,80048	346	0,05000	0,19952	0,00000	0,15000																				
0,80008	193	0,05000	0,19992	0,00000	0,20000																				
0,80224	123	0,05000	0,19776	0,00000	0,25000																				

0,80034	84	0,05000	0,19966	0,00000	0,30000
0,80147	61	0,05000	0,19853	0,00000	0,35000
0,80225	46	0,05000	0,19775	0,00000	0,40000
0,80656	36	0,05000	0,19344	0,00000	0,45000
0,81394	29	0,05000	0,18606	0,00000	0,50000
0,80800	23	0,05000	0,19200	0,00000	0,55000
0,81402	19	0,05000	0,18598	0,00000	0,60000
0,82463	16	0,05000	0,17537	0,00000	0,65000
0,81695	13	0,05000	0,18305	0,00000	0,70000
0,82637	11	0,05000	0,17363	0,00000	0,75000
0,82016	9	0,05000	0,17984	0,00000	0,80000
0,85878	8	0,05000	0,14122	0,00000	0,85000
0,81582	6	0,05000	0,18418	0,00000	0,90000
0,85806	5	0,05000	0,14194	0,00000	0,95000
1,00000	2	0,05000	0,00000	0,00000	0,99000

References

- Graybill, Franklin. 1961. An Introduction to Linear Statistical Models. McGraw-Hill. New York, New York.
- Guenther, William C. 1977. 'Desk Calculation of Probabilities for the Distribution of the Sample Correlation Coefficient', The American Statistician, Volume 31, Number 1, pages 45-48.
- Zar, Jerrold H. 1984. Biostatistical Analysis. Second Edition. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

Report Definitions

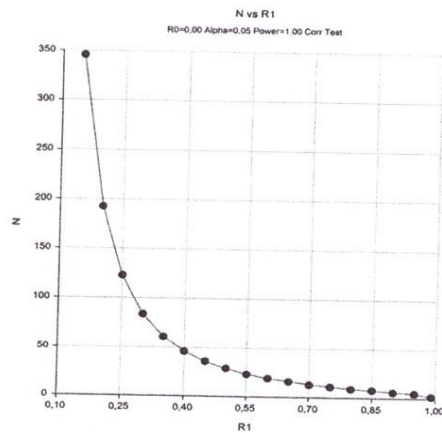
- Power is the probability of rejecting a false null hypothesis. It should be close to one.
- N is the size of the sample drawn from the population. To conserve resources, it should be small.
- Alpha is the probability of rejecting a true null hypothesis. It should be small.
- Beta is the probability of accepting a false null hypothesis. It should be small.
- R0 is the value of the population correlation under the null hypothesis.
- R1 is the value of the population correlation under the alternative hypothesis.

Summary Statements

A sample size of 346 achieves 80% power to detect a difference of -0,15000 between the null hypothesis correlation of 0,00000 and the alternative hypothesis correlation of 0,15000 using a two-sided hypothesis test with a significance level of 0,05000.

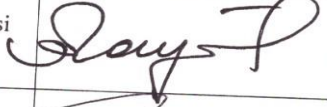

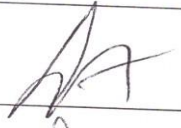


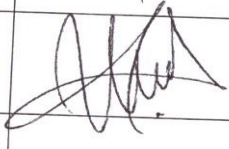
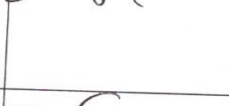

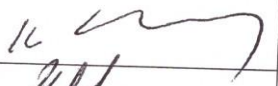
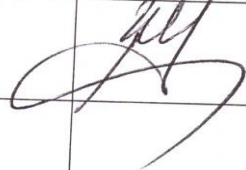

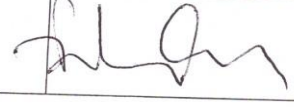
One Correlation Power Analysis

Chart Section



	<p>Ulaşılması gereken hasta sayısı 0,15’de 346 olarak hesaplanmıştır. Daha önce de belirttiğimiz üzere 360 kişiyle çalışma yapmayı planlamaktayız (Bkz: Başvuru Formu Sayfa:6-8).</p> <p>3. Araştırma etik kurul onayını takiben başlamalıdır. Araştırmanın süresi düzeltilmelidir. Araştırmaya etik kurul onayı alındıktan sonra başlanacaktır. Araştırmanın süresi 01 Nisan 2016 – 01 Ağustos 2016 olarak yeniden düzenlenmiştir (Bkz: Başvuru Formu Sayfa:8).</p>
<p>Çalışmanın değerlendirildiği İkinci toplantı tarihi: 01.03.2016</p>	<p>Sonuç:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Araştırmanın başlığı “İnfertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumunun hayat kalitesi üzerine etkisi” olarak düzenlenmiştir2. Araştırma için güç analizi korelasyona uygun olarak yeniden hesaplanmıştır.3. Araştırma süresi 1 Nisan 2016 – 1 Ağustos 2016 olarak düzenlenmiştir.4. Araştırma evrenini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof.Dr.Hikmet HASSA Üreme Sağlığı Merkezine başvuran infertil çiftler oluşturacaktır.5. Hasta Haklarına uyum esastır.6. Hasta Hakları Yönetmeliğinin “Bilgilerin Gizli Tutulması” başlıklı 23. Maddesine uyum esastır.7. Araştırmacılar Helsinki Bildirgesine göre (2013) M.24’e göre araştırmadaki katılımcı kişilerin özel yaşamını ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak için gerekli önlemleri almalıdır.8. Araştırmacılar Helsinki Bildirgesine göre (2013) son versiyonunu imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.9. Araştırmacıların yetkin ve bu çalışma için yetkili oldukları anlaşılmaktadır.
<p>Karar Tarihi: 01.03.2016 Karar No: 06</p>	<p>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doç.Dr.Elif GÜRSOY (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) ve Arş.Gör.Fatma ZEREN (Yüksek Lisans Tez Sahibi) tarafından yürütülen “<i>İnfertilite tedavisi alan çiftlerde çift uyumunun hayat kalitesi üzerine etkisi</i>” başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>Araştırmacılara başarılar dileriz.</p>

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	
8 Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9 Prof. Dr. Koray HARMANCI	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk İmmünolojisi ve Allerjisi Bilim Dalı	
10 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12 Av. Önder CAN	Hukuk	

EK-3: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Hikmet Hassa Üreme Sağlığı Merkezi'nden Alınan Çalışma İzin Belgesi

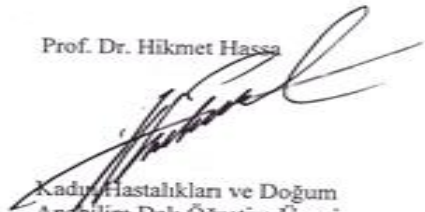
Tarih: 06.01.2016

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına

"İnfertil Çiftlerde Çift Uyumunun Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli projenin tanımlayıcı ve kesitsel yöntemleri içeren kısmı Anabilim Dalımızda yapılacaktır.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Hikmet Hassa


Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Üreme Endokrinolojisi-
İnfertilite Bilim Dalı ve
Prof.Dr. Hikmet HASSA
Üreme Sağlığı Merkezi Sorumlusu

EK-4: Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

- 1- Cinsiyet: Erkek Kadın
- 2- Yaşınız:
- 3- Eğitim durumunuz nedir?
 İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Diğer

Yalnızca Kadınlar içindir.

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| 4- Yaşayan Çocuk Sayısı:..... | 5- Düşük Sayısı:..... |
| 6- Gebelik Sayısı:..... | 7- Kürtaj Sayısı:..... |

- 8- Gelir durumunuz:.....
 Kötü Orta İyi Çok iyi
- 9- Aile biçiminiz:
 Çekirdek (eşim- ben- varsa çocuğum) Eşimin ailesi ile birlikte
 Kendi ailem ile birlikte
- 10-Yerleşim yeriniz:
 Gecekondu Apartman dairesi Müstakil ev
- 11- Mesleğiniz:
 Kendi işim var Memur İşçi Diğer
- 12- Halen çalışıyor musunuz?
 Evet Hayır (hiç çalışmadım) İş arıyor
- 12- Evlenme yaşıınız:.....
- 13- Evlilik yılınız:.....
- 14- Evlilik sayınız:.....
- 15- Evlilik biçiminiz?
 Görücü usulü/istemedim Görücü usulü/isteyerek Tanışarak
- 16- Kaç yıldır infertilsiniz:.....
- 17- Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?.....
- 18- İnfertilite nedeni kime ait?
 Kadın Erkek Her ikisine de Açıklanamayan
- 19- Çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında olduğunuzu hissettiniz mi?
 Evet Hayır

20- Evet ise en yoğun baskıyı kimden hissettiniz?

() Kendimden () Eşimden () Kendi ailemden

() Eşimin ailesinden () Arkadaşlarımdan () İş yerimden

() Diğer(Açıklayınız).....

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

() Evet () Hayır

22- Çocuğunuzun olmaması sosyal ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiliyor mu?

() Evet () Hayır

23- Çocuğunuzun olmaması yüzünden ailenizden dışlandığınızı düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

24- Çocuğunuzun olmadığını yakın çevrenizden saklama ihtiyacı duyuyor musunuz?

() Evet () Hayır

25- Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki nasıl? (Birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.)

() Anlayışlı

() Tehditkar

() Öfkeli

() Umutsuz

() Tedavi arayışında

() Suçluluk hissi

() Hayal kırıklığı

() Diğer (lütfeñ belirtiniz).....

26- Çocuğunuz olmadığı için eşiniz sizden ayrılmayı düşünüyor mu?

() Evet () Hayır

27- Çocuğunuz olmadığı için eşiniz başka biriyle evlenmeyi düşünüyor mu?

() Evet () Hayır

28- Eşinizle aranızdaki ilişkiden memnuniyet düzeyiniz nedir?

() Çok memnunum () Biraz memnunum () Memnun değilim

29- Evlat edinmeyi düşünür müsünüz?

() Evet () Hayır () Emin değilim

30- Yumurta bağışı veya sperm bağışı düşünür müsünüz?

() İstiyorum () Olabilir () istemem

EK-5: Çiftler Uyum Ölçeği

ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

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

	Her zaman anlaşırız	Hemen hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen her zaman anlaşmayız	Her zaman anlaşamayız
1.Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi...						
2.Eğlenceyle ilgili konular.....						
3.Dini konular.....						
4.Muhabbet-sevgi gösterme...						

Prof. Dr. Hürol FIŞILOĞLU
ODTÜ Psikoloji Bölümü
fisil@metu.edu.tr

EK-6: FertiQI Ölçeği

FertiQol International

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)

Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını 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	iyi	çok iyi
A	Sağlığınıza 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 gerçekleştiremediğinizi 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"/>

© European Society of Human Reproduction & Embryology and American Society of Reproductive Medicine

FertiQol International

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 etkilemesinden rahatsız mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığını anladığınızı 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"/>
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
T7	Duygusal ihtiyaçlarınızla ilgili olarak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sağlanan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliđinden memnun musunuz?					
T8	Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Tedavi ekibi ile iletiřiminizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© European Society of Human Reproduction & Embryology and American Society of Reproductive Medicine



Özgeçmiş

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Fatma ZEREN
Doğum tarihi ve yeri : 05.03.1989 Ağrı/Doğubayazıt
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Bekar
İletişim adresleri : f.zeren89@gmail.com

Eğitim Durumu

Lisans: Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü - 2012
(Okul birinciliği)
Yüksek Lisans: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği - 2016

Yabancı Dil: İngilizce

Mesleki Deneyim

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi-Araştırma Görevlisi/2013-2014
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi-Araştırma Görevlisi/2014-Halen

Yayımlar

- 2011, Özşensoy, Y., Önen, C., **Zeren, F.**, Çoğaç, E., 2011, Sağlık Dönüşüm Programının Bitlis İl Merkezinde Bulunan Sağlık Kurumlarındaki Kadın Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi. Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyumu, 14 Mayıs 2011, Denizli. (Poster)

Bilimsel Etkinlikler

- 12. Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Kursu, Dokuz Eylül Üniversitesi, 17-18 Ocak 2015, İzmir.
- Uluslararası Katılımlı Ulusal Doğum Sempozyumu, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4 Nisan 2015, Ankara.
- 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ, Eskişehir.

Diğer Etkinlikler

- Düzenleme Kurul Üyesi: 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ, Eskişehir.

Sertifikalar

- İlk Yardım Sertifikası (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi), 2015.

