



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN ÇİFTLERİN EVLİLİK UYUMLARININ BELİRLENMESİ

Oya KAPLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

GAZİANTEP
2019



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN ÇİFTLERİN EVLİLİK UYUMLARININ BELİRLENMESİ

Oya KAPLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

GAZİANTEP
2019

**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN ÇİFTLERİN EVLİLİK UYUMLARININ
BELİRLENMESİ**

OYA KAPLAN

Tez Savunma Tarihi: 28.06.2019
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Doç.Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı**

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

**Doç.Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir

Tez Jürisi

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Dr. Öğrt. Üyesi Semra ÇEVİK

İmzası

BEYAN

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

28/06/2019
Oya KAPLAN



TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak değerli bilgi, görüş ve önerileriyle çalışmaya yol gösterici katkılar sağlayan saygıdeğer Hocam Sayın Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU'na teşekkürlerimi borç bilirim.

Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi'nde veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyerek çalışmanın devamını sağlayan tüm hekim ve hemşirelere, çalışmamın veri tabanını oluşturan çiftlere teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda olan, sevgilerini ve desteklerini daima yanımda hissettiğim anneme, babama, abime, kardeşlerime; değerli fikirleri ile tez sürecime katkı sağlayan en yakın destekçim eşim Yakup KAPLAN'a bana güvendikleri ve vermiş oldukları bütün emekler için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Tezimi biricik kızım Aysima KAPLAN'a anı olarak bırakmaktan mutluluk duyarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.İnfertilitenin Tanımı ve Sıklığı	7
2.2.İnfertilite Nedenleri	8
2.3.İnfertilite Tanı ve Tedavisi	10
2.3.1. Tanı testleri	10
2.3.2. İnfertilite Tedavisi	13
2.3.3. Yardımcı Üreme Teknikleri	13
2.4.Evlilik Uyum ve Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler	16
2.5.İnfertilitenin Evlilik Uyumuna Etkisi	17
2.6.İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Evlilik Uyumuna Yönelik Danışmanlık Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Verilerin Toplanması	20

3.4.1. Anket Formu	20
3.4.2. Evlilik Uyum Ölçeği	21
3.4.3. Anket Formunun Ön Uygulaması	21
3.4.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	21
3.4.5. Araştırmanın Etik Boyutu	22
3.4.6. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.4.7. Araştırmaya Alınma-Alınmamama Kriterleri	24
3.4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.4.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi ve Çalışma Planı	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR	65
EKLER	76
EK-1 Anket Formu	76
EK-2 Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)	82
EK-3 Etik Kurul Onayı	84
EK-4 Ölçek Kullanım İzni	86
EK-5 Kurum İzni	87
EK-6 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	88
ÖZGEÇMİŞ	92

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EUÖ	:Evlilik Uyum Ölçeği
ET	:Embriyo Transferi
FSH	:Folikül Stimulan Hormon
GİFT	:Gamet İntrafallopian Transfer
hCG	:Human Koryonik Gonadotropinler
HSG	:Histerosalfinografi
ICSI	:İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	:İntra Uterin İnseminasyon
IVF	:İn Vitro Fertilizasyon
LH	:Luteinizan Hormon
MESA	:Mikro Cerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu
SPA	:Sperm Penetrasyon Testi
TESA	:Testiküler Sperm Aspirasyonu
TNSA	:Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
TSH	:Troid Stimulan Hormon
YÜT	:Yardımcı Üreme Tekniği

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.1.Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 4.2. Erkeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4.3.Çiftlerin Evlilik ve Evlenme Şekillerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 4.4. Çiftlerin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	29
Tablo 4.5.Çiftlerin İnfertiliteye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 4.6.Kadın, Erkek ve Çiftlerin Evlilik Uyum Ölçeği'nden Aldıkları Min-Max Puanlar ile Puan Ortalamaları.....	31
Tablo 4.7.Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.8.Erkeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.9. Kadınların Evlilik ve Evlenme Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.10. Erkeklerin Evlilik ve Evlenme Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.11.Kadınların İnfertiliteye İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.12. Erkeklerin İnfertiliteye İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.13. Çiftlerin İnfertiliteye İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50

ÖZET

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN ÇİFTLERİN EVLİLİK UYUMLARININ BELİRLENMESİ

Oya KAPLAN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları

Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç Dr. Simge ZEYNELOĞLU

2019, 92 sayfa

Araştırma, infertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran 300 çiftten, örnekleme alınacak çift sayısı 177 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, "Anket Formu" ve "Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)" kullanılmıştır. Anket formu ile EUÖ 15 Temmuz-01 Ekim 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 20 (Statistical Package For Social Sciences) bilgisayar programında; ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile yüzdelik sayılar, t-testi, Mann-Whitney U Testi, Oneway Anova Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Çiftlerin evlilik uyumlarını belirleyen EUÖ puan ortalama ve ortancaları ile kadınların evlilik yılı, korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi, infertilite tanı süresi, tedavi süresi; erkeklerin yaş, meslek, korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi, infertilite tanı süresi, tedavi süresi, denenen tüp bebek tedavi sayısı; çiftlerin korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi, infertilite tanı süresi, infertilite tedavi süresi, tedavi yöntemleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak, kadınların, erkeklerin ve çiftlerin evlilik uyumlarının yüksek olduğu (EUÖ puan ortalaması kadınlar: 44.35, erkekler: 43.50 ve çiftler: 43.92) saptanmıştır. Sonuçlara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, infertilite tedavisi , çiftler, evlilik uyumu, evlilik uyum ölçeği.

ABSTRACT

DETERMINATION OF MARITAL ADJUSTMENT OF COUPLES TREATED FOR INFERTILITY

Oya KAPLAN

Master Thesis, Nursing Department

Obstetrics and Gynecology Nursing Program

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

2019, 92 pages

The research has been conducted fractionally with the aim of the determination the factors, which affect marital accordance of couples who have treatment infertility. Out of 300 couples applying to the Gaziantep Cengiz Gökçek Gynecology and Obstetrics Hospital Infertility and IVF center, the number of the couples, who have been evaluated as the specimen, is calculated by 177 couples. As the data collecting method with the “Questionnaire form” and “Marital Adjustment Test (MAT)” have been utilized. The MAT have been conducted with the questionnaire form between the dates of 15 July - 01 October 2017. The result data from the survey have been evaluated via the computer program “SPSS for Windows 20” (Statistical Package for Social Sciences) with the calculations of average, median, standard deviation, percentage numbers with minimum and maximum values, t-test, Oneway Anova Test, Mann-Whitney U Test, Kruskall Wallis Test. Meaningful differences was obtained between the mean and median points of MAT and age of marriage, duration of failure of achieve pregnancy after unprotected sex, duration of infertility diagnosis, duration infertility treatment of women; age, job, duration of infertility diagnosis, duration infertility treatment and number of tried IVF of men; duration of infertility diagnosis, duration infertility treatment and number of tried treatment of couples ($p<0.05$). Additionally it was found that mean scores of MAT (women: 44.35, men: 43.50 couples: 43.92) was high.

Key words: Infertility, infertility treatment, couples, marital adjustment, marital adjustment test.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, çiftlerin bir yıl süresince çocuk istemeleri ve korunma yöntemi kullanmadan düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (1-5). İnfertilite primer ve sekonder infertilite olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Primer infertilite, hiç gebe kalmamış kadınları tanımlamaktadır (1, 2, 6). Sekonder infertilite ise geçmişte gebe kalabilmiş ancak 1 yıl ya da daha uzun süreli korunmadan cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebe kalamamış kadınları tanımlamaktadır (2, 7). İnfertilite sorununun ortaya çıkmasında yaklaşık %40 kadından kaynaklı faktörler, %40 erkekten kaynaklı faktörler, %20'sinde ise açıklanamayan faktörler etkilidir (8-10).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı verilerine göre; dünyada 50-80 milyon aralığında infertilite sorunu yaşayan çift olduğu tahmin edilmektedir (7, 11). Gelişmiş olan ülkelerde çiftlerin %10-20'sinin infertilite sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir (7, 12-15). Gelişmekte olan ülkelerde ise çiftlerin %20-%35'inin infertilite sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir (7, 15). Türkiye'de ise infertilite görülme sıklığının %10-20 arasında olduğu; yaklaşık 1, 5-2 milyon arasında infertilite sorunu yaşayan çift olduğu tahmin edilmektedir (16, 17).

İnsan hayatının temel gereksinimi neslinin devam etmesi ve geleceğe soyunu aktarmaktır. Her toplumda çiftler için çocuk sahibi olmak, evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılanmaktadır. Bu nedenle; çiftler için çocuk sahibi olmak biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir ihtiyaç olarak kabul edilmektedir (18, 19). Bu durum; toplumun sosyal ve kültürel olarak infertil çifte yaptığı psikolojik baskıyla beraber, çocukluktan itibaren anne-baba olma rolü üzerine yetiştirilmiş çiftin beklentisinden kaynaklanmaktadır. Çocuk sahibi olmayı başaramayan çift, toplumun yüklediği üreme ve soyunu devam ettirme görevini gerçekleştirmekte kendilerini yetersiz hissetmektedir (19-21). Neslin devamını sağlamak konusunda başarısızlık yaşayan çiftler ise, evlilik ilişkilerinde de olumsuzluklar yaşamaktadırlar. Bu nedenle infertilite tanısı, çiftlerin evlilik ilişkilerinde ve uyumlarında sorunlara yol açabilir (9, 22-24).

Evlilik, erkek ve kadın arasında toplum tarafından kabul edilmiş ilişki, karşılıklı anlaşma, toplumsal kabullenme sonucunda yapılan bir sözleşme ve toplumsal yasaklanmaların dışında cinselliğin karşılandığı bir kaynaşma durumu olarak tanımlanmaktadır (25). Evlilik, anlayış ve ortak düşünce ile yapılan, karşılıklı destekler arasındaki doyum olarak nitelendirilmektedir. Bütün evliliklerin temelini bireylerin mutluluğu oluşturmaktadır. Evlilik uyumundan, beklentilerin gerçekleşmesi, isteklerin karşılanması, mutluluk ve cinselliğin sağlanması beklenmektedir (26, 27). Literatürde evlilik uyumu, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve ortak amaçlara ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak belirtilmiştir (27-29).

Evlilik uyumu, evlilikte isteklerin, beklentilerin, gereksinimlerin karşılanma derecesidir (27). Evlilik uyumunda, beklentilerin sağlanması, mutluluk ve cinsel doyumun sağlanması beklenmekte, çocuk sahibi olma durumu evlilik uyumunu etkilemektedir (26). Literatürde infertilitenin evlilik uyumuna etkisinin incelendiği çalışmalarda; infertilite sorunu yaşayan bireylerin ya da çiftlerin evlilik uyumlarının farklı şekillerde etkilendiği belirlenmiştir (14, 30-36). İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerle yapılan çalışmalarda infertilite sorununun, çiftlerin evlilik ilişkileri üzerinde olumlu etkileri olduğu, evliliklerin güçlendiği, yaşanan stres, yas ve hayal kırıklıklarının çiftler arasındaki uyumu arttırdığı belirlenmiştir (14, 32-34, 37-39). Ancak infertilite sorunu yaşayan çiftlerle yapılan diğer çalışmalarda da infertilite sorununun çiftler arasında anlaşmazlığı artırdığı, cinsel ilişki sıklığını azalttığı, evlilik uyumunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir (35, 36, 40-45).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda; infertilite sorunu yaşayan bireylerin ya da çiftlerin evlilik uyumlarının farklı şekillerde etkilendiği belirlenmiştir (16, 46-52). Literatürdeki çalışmalar; infertilite sorunu yaşayan birey veya çiftlerde, infertilite sürecinin evlilik uyumuna pozitif etkisi olduğunu, evlilik uyumunu mutlu ve doyum sağlayacak derecede etkilediğini belirtmiştir (16, 47-49). Diğer taraftan infertilite sorunu yaşayan birey veya çiftlerle yapılan çalışmalar ise; çiftlerin evlilik uyumu bağlamında daha fazla sorunları olduğunu, infertilitenin evlilik ilişki dinamiklerini negatif etkilediğini göstermektedir (46, 50-52).

Ayrıca literatürde infertilite sorunun evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalarda, kadın ve erkeklerin bakış açılarının birbirinden farklı olduğu, infertilite

sorunun erkek ve kadın üzerinde farklı emosyonel etkilerinin olduğu, infertilitenin evlilik uyumuna etkisinde cinsiyet farklarının bulunduğu saptanmıştır (41, 53, 54). Çalışmaların birçoğu kadının infertiliteye gösterdiği tepkileri incelemiştir (16, 41, 55, 56). Araştırmalarda aynı duruma infertil kadının eşinin verdiği tepki göz ardı edilmiş, infertil bir kişinin deneyiminin çifti nasıl etkilediği üzerinde durulmamıştır (57). Yapılan literatür taramasında infertilitenin çiftler üzerindeki evlilik uyumunu inceleyen araştırmaların sayısının az olduğu dikkati çekmektedir.

Bu açıdan infertilite sorunu yaşayan çiftlerin evliliklerinden doyum ve mutluluk duymaları ve evlilik uyumlarının artırılmasında sağlık ekibi içerisinde bulunan hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşirelerin çiftlerin sağlığını korumak, yükseltmek için bireylerin yaşam döngüleri sresinde kapsamlı bir hizmet sunmaları gerekmektedir. Çünkü hemşireliğin temel hedeflerinden biri birey, aile ve toplumun gereksinim duyduğu alanlarda eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlamaktır (58-61).

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarının belirlenmesinin önemli olduğu dşnlmektedir. Bu yönden sağlık ekibinde yer alan hemşirelere hem tanı ve tedavi süreci hem bakım verici hem de eğitim ve danışmanlık rolleri nedeniyle birçok sorumluluk düşmektedir. İnfertilite, çiftleri tanı ve tedavi sürecinde gerekli tıbbi işlemler nedeniyle fiziksel, ekonomik ve psikososyal yönden etkilemektedir. Bu sürecin başından sonuna kadar hemşire, çiftlerin en yakınındaki sağlık personellerinden biridir. İnfertilite sorunu yaşayan çiftler için hemşirenin sağlık ekibi içerisindeki rolü, infertil birey/çiftin tanı ve tedavi sürecinde eğitim, danışmanlık verme, yaşam deneyimlerinin paylaşılması gibi açılardan önemlidir. Hemşire, tanı ve tedavi işlemlerinde tıbbi işlevini yerine getirmek dışında tedavi ile ilgili karar verme konusunda hastaya yardım etmek, tedavinin sonuçları negatif olsa da ocuk sahibi olma dışında birey/iftinyaşaması gereken bir hayatı olduğu hatırlatmak ve bu konu üzerine odaklanmasını ve düşünmesini sağlamak, kişilerarası sosyal ilişkilerini geliştirmek ve sürdürmesini sağlamak gibi stratejilerin planlanması ve yürütülmesinde anahtar role sahip bir sağlık ekibi üyesidir (58-61).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, infertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: İnfertilite tedavisi alan kadınlar evliliklerinden doyum ve mutluluk sağlamamaktadır.

H₀: İnfertilite tedavisi alan kadınlar evliliklerinden doyum ve mutluluk sağlamaktadır.

H₁: İnfertilite tedavisi alan erkekler evliliklerinden doyum ve mutluluk sağlamamaktadır.

H₀: İnfertilite tedavisi alan erkekler evliliklerinden doyum ve mutluluk sağlamaktadır.

H₁: İnfertilite tedavisi alan çiftler evliliklerinden doyum ve mutluluk sağlamamaktadır.

H₀: İnfertilite tedavisi alan çiftler evliliklerinden doyum ve mutluluk sağlamaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.İnfertilitenin Tanımı ve Sıklığı

İnfertilite, çiftlerin bir yıl süresince çocuk istemeleri ve korunma yöntemi kullanmadan düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (1-5). İnfertilite sorunu primer ve sekonder infertilite olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Primer infertilite; çiftin, en az 12 ay boyunca düzenli olarak (haftada 2-3 kez) korunmasız ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması olarak tanımlanmıştır (1, 2, 6, 62, 63). Sekonder infertilite; çiftin canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsü olması, ancak daha sonra 12 ay boyunca korunmasız ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması olarak tanımlanmıştır (2, 64, 65). Ayrıca fizyolojik infertilite olarak isimlendirilen kadın yaşamının bazı dönemlerinde (puberte öncesi, menarş sonrası ilk aylar, gebelik dönemi, laktasyon, postmenopozal dönem) gebeliğin oluşması imkansızdır (2, 51).

Gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde fark etmeksizin dünya toplumlarında infertilite sorunundan milyonlarca çiftin etkilenmesi nedeniyle infertilite toplumsal bir sorun olarak ele alınmaktadır (1, 2, 6). Normal bir çiftin her menstrual siklusta yaklaşık %20 çocuk sahibi olma ihtimali bulunmaktadır (6). Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan, fertilite yeteneği normal olan çiftlerde kadınların %20'si 1 ay, %50'si 3 ay, %75'i 9 ay içerisinde olmak üzere toplam %90'ının 1 yıl içinde gebe kalması beklenmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya verilerine göre; infertilite üreme çağında bulunan çiftlerin %15'inde görülmektedir (66). Dünya çapında infertilite prevalansını belirlemek amacıyla 2007 yılında 25 ülkeyi içeren, 172.413 kadınla yapılan bir araştırmada, infertilite oranları gelişmiş ülkelerde %3.5 ile %16.7 arasında değişirken, daha az gelişmiş ülkelerde bu oranın %6.9 ile %9.3 aralığında değişmekte olduğu belirtilmiştir. İnfertilitenin genel prevalansı %9 olup, dünyadaki kadın nüfusunun 70 milyondan fazlasını kapsamaktadır (67).

Türkiye'de evli çift sayısının 11 milyon olduğu göz önüne alınırsa, 1,1 milyon infertil çiftin mevcut olduğu tahmin edilebilmektedir (68). Ülkemizde infertilite görülme

sıklığının %10-20 arasında olduğu; yaklaşık 1,5-2 milyon infertilite sorunu yaşayan çift bulunduğu tahmin edilmektedir (16, 17).

Türkiye Nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre; evli ve gebe kalamayan 30 yaş üzerindeki kadınların %34'ünün, 30 yaş altındaki kadınların %48'inin aile planlaması kullanmama nedenlerinin gebe kalamama ya da infertilite olduğu ifade edilmiştir (69).

2.2.İnfertilite Nedenleri

İnfertil çiftlerin %20'sinin infertilite nedeni açıklanamazken; %80'lik kısmın %40'ı kadına ait , %40'ı erkeğe ait ve %20'si kombine/çiftlere ait infertilite nedenleridir (2, 6, 8, 70, 71).

İnfertiliteyi etkileyen nedenler; cinsel uyumsuzluk, ilaç bağımlılığı, vitamin eksikliğine bağlı görülen hastalıklar, protein eksikliği, demir eksikliği anemisi, aşırı alkol, stres, kahve ve sigara alımı, aşırı şişmanlık,ağır metal zehirlenmeleri veradyasyonolarak belirtilmektedir. (1, 8, 70-72).

İnfertilite nedenlerinden kadına ait problemler; over kaynaklı faktörler, luteal fazın yetersizliği, polikistik over sendromu, tübal-peritonal faktörler, uterus faktörleri, vajinal-servikal faktörlerve diğer faktörler olarak gruplandırılmaktadır (6).

Over kaynaklı faktörler; overin gelişimsel anomalileri, primer anovulasyon(hipofiz veya hipotalamik hormon bozuklukları, adrenal bezlerin hastalıkları/bozuklukları, konjenital adrenal hiperplazisi), sekonder anovulasyon(hipofiz-hipotalamus-over eksenindeki aksama, oral kontraseptif ilaç kullanımından sonraki amenore, overin erken dönemdeki sorunları), yükselmiş prolaktin seviyesidir (1, 2, 6, 8, 70-74).

Luteal fazın yetersizliği, ovulasyonun gerçekleşmesinin mümkün olduğu durumlarda, yetersiz bir luteal fazdan dolayı, oluşan korpusluteumda progesteron fonksiyonlarında eksiklik oluşmasıdır. Bu yetersizlikten ötürü, endometrium gebelik için hazırlanamamakta ve gebelik gerçekleşmemektedir. İnfertilite tedavisi alan kadınların %3-4'ünde görülen bir sağlık problemi olarak ortaya çıkmaktadır (1, 8, 70, 71, 75-77).

Polikistik over sendromu, üreme çağında bulunan kadınların %5-10'unu etkilemekte ve kadınlarda en sık görülen endokrin bozukluk olarak belirtilmektedir. Plikistik over

sendromu infertiliteyi ovulasyon oluşmamasına ve düzensiz menstruasyon siklusuna neden olduğundan dolayı infertilite ihtimalini artırmaktadır. Uzun süreli anovulasyon durumu yaşanması, meme ve endometrium kanserlerinin risk faktörlerinden biri sayılmaktadır. Polikistik over sendromlu kadınların gebelik boyunca dikkatli olmaları gerekmekte ve gebelikte yaşanma ihtimali olan diyabet, preeklamsi ve erken doğum riskini barındırmaktadır. Polikistik over sendromu kaynaklı infertilitede in-vitro fertilizasyon önerilebilmektedir (1, 8, 70, 76-79).

Tübal-peritoneal faktörler; gelişimsel anomaliler, azalmış tüp motilitesi, tüplerin inflamasyonu, tübal adezyonlar ve endometriyozis olarak belirtilmektedir. Fallop tüplerinin fonksiyonlarını yerine getirememesi sonucu olarak infertiliteye sebep olmaktadır. Pelvik inflamatuvar hastalık, rüptüre apandisit, ektopik gebelik, abortus, önceden geçirilmiş ameliyatlar, tüplerin cerrahi olarak bağlanması tübal peritoneal faktörler arasındadır (6, 8, 70, 78-81).

Uterusa bağlı faktörler; gelişimsel anomaliler (bikornuat uterus, uterus didelfis, unikornuat uterus), endometriyum ve miyometriyum tümörleri, Asherman sendromu (uterin adezyonlar veya skar dokusu) olarak tanımlanmaktadır (1, 2, 6, 8). Tanı işlemlerinde ultrason, histerosonografi, laparoskopi, histeroskopi ve histerosalpingografi (HSG) önerilmektedir. Uterusa bağlı faktörlerin gebelik oluşmasına etkisi az olsa da; oluşan gebeliklerde spontan abortus görülebilmektedir. Uterus anomalilerinin bazıları gebelik ihtimalini taşımamaktadır. Bu hastalar için olabilecek en uygun yöntemi IVF oluşturmaktadır (76, 77, 82).

Vajinal-servikal faktörleri; vajina veya serviksin enfeksiyonu, servikal mukus yetmezliği, izoimmünizasyon (sperm antibadileri gelişmesi) oluşturmaktadır (2, 6, 71, 73, 83).

İnfertiliteye neden olan kadına ait diğer faktörler; beslenmeye bağlı sorunlar (anemi gibi), tiroid fonksiyon bozuklukları, idiyopatik durumlar olarak sıralanmıştır (1, 2, 6, 8, 72).

İnfertiliteye neden olabilecek erkeğe bağlı faktörler endokrin, spermatogenezis, sperm antibadileri, sperm transportu ve birleşmeye bağlı sorunlar şeklinde sıralanmaktadır.

Endokrin faktörler; hipofiz hastalıkları, hipofiz tümörleri ve hipotalamus hastalıkları olarak belirtilmiştir. Ayrıca düşük Luteinize Edici Hormon(LH), Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) ve testosteron düzeyi sperm üretimini azaltabilmektedir (1, 6, 8, 70, 72, 84, 85).

Spermatogenezise bağlı faktörleri; gonadotoksinler olarak da alandırılan; madde bağımlılıkları (kemoterapötikler, kalsiyum kanal blokörleri, eroin, alkol, nikotin, marihuana, amilnitrat, etilklorid, selektif serotonin geri salınım inhibitörleri ve barbütratlar ve antihipertansif ilaçlar), enfeksiyonlar (puberte sonrasında geçirilen kabakulak, prostat ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar), sistemik hastalıklar, pestisitler ve pelvik bölgeye uygulanan radyasyon oluşturmaktadır (1, 6, 70, 84). Varikozel ve inmemiş testis de yetersiz sperm üretimine neden olmaktadır (1, 2, 8).

Sperm antibadileri; spermin hareketliliğini azaltan sperme karşı geliştirilen immunolojik bir reaksiyondur (1, 2, 8, 70, 71, 84). Özellikle vazektominin geri dönüşümü ameliyatları ve geçirilmiş testis travmaları olan erkeklere daha sık görülmektedir (5).

Sperm transportunu etkileyen faktörleri; spermin taşınmasını engelleyecek anatomik tıkanıklıklar, kayıpların olacağı açıklıklar bulunması gibi nedenler oluşturmaktadır (5). Bu faktörler; vazektomi, prostatektomi, inguinal herni ve vaz deferenslerin konjenital yokluğudur (1, 8, 70, 84, 86).

Birleşmeye bağlı sorunlar ise erektile olamama, ejakülat fonksiyon bozuklukları (retrograd ejakülat), anatomik sorunlar (hipospadiyas) ve psikososyal faktörlerden oluşmaktadır(1, 2, 8, 70, 84).

2.3.İnfertilite Tanı ve Tedavisi

2.3.1. Tanı testleri

Çiftlerin öyküleri ve fiziksel muayenelerinin alınmasıyla başlayan tanı süreci yardımcı üreme tekniklerine kadar gidebilmektedir (1, 6).Tanılamada yapılacak olan testler ağırlı ve çiftler arasındaki sevgi duygularından uzak olduğu için çiftlerin tanılama testlerine cesaretlendirilmesi gerekmektedir (6).

Erkeğe yönelik tanı testleri incelendiğinde semen analizleri infertilite testlerinin en temelinde bulunmaktadır ve araştırmalarının en başında yapılmalıdır (1, 2, 87). Semen analizi hareketli yapısı, sayısı ve morfolojisi ile ilgili bilgi sağlayan fiziksel bir girişimi gerektirmeyen ve uygulanması kolay bir tanılama yöntemidir (1, 84). Aynı zamanda semenin viskozitesi, volümü, aglütinasyonu ve olası birenfeksiyon varlığı da değerlendirilmektedir (2). Semen analizi sonucu beklenen değerler arasında değil ise; test bir daha tekrarlanmaktadır. İkinci test yine aralık değerler arasında değil ise; problemin çözümü için daha geniş tanılamaya ihtiyaç bulunmaktadır (1, 6). Semen analiz sunucunun anormal durumu; LH, FSH, prolaktin, TSH ve total testosteron düzeylerinin ölçülmesini ve troid fonksiyon testlerinin yapılmasını zorunlu kılmaktadır (2).

DSÖ, semen analizinde beklenen normal değerlerini; volüm>1.5 ml, pH>7.2, sperm Konsantrasyonu>15 milyon/mL, Vitalite>% 58 motil, total sperm sayısı>39 milyon spermatozoa/ejakülat, Beyaz Küreler<1 milyon/mL şeklinde belirtmiştir (1, 6, 8).

Erkeğe yönelik tanı testlerinden biri olan sperm penetrasyon testi (SPA), spermin ovumun zona pellüsida tabakasını delerek, fertilize etme kapasitesini test eden bir yöntemdir (2, 6).

Postkoital test ile kadının genital sistemi ile spermin etkileşimi değerlendirilmektedir. Bu testin amacı, servikal müküsün yoğunluğu ve akışkanlığı ile servikal ortamda spermin hareketi ve hayatta kalma yeteneğini değerlendirmektir (1, 2, 6).

Antisperm antikor testinde spermlere karşı meydana gelen, sperm motilitesini ve canlılığını inhibe eden antikorlar incelenmektedir. Mikroskopik ve makroskopik aglütinasyon ve sperm immobilizasyonu, antisperm antikorlarının ortaya konulması amacıyla yapılan ve en çok kullanılan testlerdir (2).

Skrotumun ultrasonu ile skrotumun ve spermatik kordun anomalileri ve varikozel değerlendirilmektedir. Transrektal ultrason ise ejakülasyon kanalı, seminal veziküller ve vaz deferensler yorumlanmasını sağlamaktadır (1, 84).

İnfertilite değerlendirmesinde hem manyetik rezonans görüntülemesinden hem de bilgisayarlı tomografiden yararlanılmaktadır. Prolaktin düzeyleri yüksek olduğunda, hipofiz ve hipotamus tümörlerinin bulunma ihtimali ancak bahsedilen yöntemler kullanılarak belirlenmektedir (2). Testiküler biyopsi ve vazografi de invazif tanı yöntemlerindendir (1).

Kadına yönelik tanı testleri yapılmadan önce ve planlanacak tedavi yöntemlerine karar verilirken dikkat edilecek hususlardan biri bireyin anamnezini almaktır. Kadının bilgilerinde düzensiz adet kanaması gibi öykü varsa veya tanı testlerinden bazal vücut ısısının izlenmesi, ovulatuvar disfonksiyon izlenimini vermişse; neden olan faktörlerin ortaya çıkarılması için, hormon düzeylerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Hormon analizi ile hipofiz-hipotalamus-over düzeninde hormonal değerlendirme ve kadının over rezervi değerlendirilmektedir (1). Kan düzeyinde FSH, LH, Prolaktin ve TSH (Troid stümüle edici hormon), E2 düzeyleri ölçülür ve troid fonksiyon testleri yapılır (2).

Abdominal ya da transvajinal ultrason, pelvik yapıların değerlendirilmesinde ve uterin, endometrial ve adneksiyal patolojilerin ayırıcı tanısında özellikle yardımcı olmaktadır. Fibroid tümörler ve over kisti gibi anormallikleri tanımlama, foklikülün gelişimi ve olgunluğu, ovulasyon zamanı endometriyumun kalınlığı gibi nedenlerle pelvik yapıların görüntülenmesi kullanılır (1, 88).

Endometrial biopsi ovulasyon olması durumunda, menstrual siklusun luteal fazında yapılmalıdır (1). Bu yöntem genellikle, bazal vücut ısısı kartları ve plazma progesteron düzeyleri ile birlikte kullanılmaktadır (2). Bu test ile pregesteron olan endometriyal duyarlılık ve luteal faza yeterlik ölçülür (1).

Histerosalpingografi, çoğunlukla pelvik faktörü değerlendirmek için diğer testler yapıldıktan sonra uygulanan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. HSG ile hem tubal geçiş kısımları, hem de uterin kavite değerlendirilebilmektedir. Proksimal, mid ve distal tubanın iç yapısı hakkında çok önemli bilgiler vermesinin yanında; ayrıca submüköz myom, endometrial polip, intaruterin sineşi ve müllerian defektler gibi intrauterin patolojik durumları da tanılamada yardımcı olmaktadır (89).

Histerskopi ise uterin kaviteyi, serviksi, liyemyomları (fibroidler) ve implantasyonu bozan adezyonları gösterme amacıyla kullanılmaktadır (1, 6, 89).

Laparoskopi, pelvik organların doğrudan gözlenmesine izin veren, menstrual siklusun erken foliküler fazında yapılan bir yöntemdir ve tubal patensi de değerlendirmesi açısından da kıymetlidir (2, 89).

2.3.2. İnfertilite Tedavisi

İnfertil bireyin tedavisi planlanırken problemin tanısına bağlı olarak tedavi süreci belirlenmektedir.

Kadına ait nedenlerden dolayı infertilitenin tedavisinde, üreme sisteminde enfeksiyona neden olan pelvik faktör, antibiyotiklerle; önceki tubal blokaj bazen, tüplerdeki müküs artıklarını temizleyen histerosalfingografi ile; uterusla ilgili yapısal defektler, cerrahi müdahaleler ile tedavi edilebilmektedir (2).

Erkek infertilitesinin tedavisi spermin yapı, hareket, sayı ve üretiminin yeterliliğine ve spermin servikal ortamda yaşayabilme ve ovuma penetre olabilme yeteneğine odaklanmaktadır (2).

İnfertilite seksüel teknik hatası ya da seksüel ilişkinin zamanlaması ile ilgili bilgi eksikliği gibi kombine promlemlerden dolayı oluştuğunda seksüel danışmanlık sağlanmalı, infertilite araştırmaları sırasında, danışmanlık gereksinimi de değerlendirilmiş olmalıdır (1, 2).

Açıklanamayan infertilite, nedeni tespit edilemeyen ve tedavisi yardımcı üreme tekniklerine varabilen bir durumdur (2, 1, 90).

2.3.3. Yardımcı Üreme Teknikleri

İnfertilite tedavisinde sıklıkla yardımcı üreme tekniklerinin kullanılmaktadır. Overden oosit alımı ile yapılan tedavi işlemlerine yardımcı üreme teknikleri adı verilmektedir (72, 91). Yardımcı üreme tekniklerinin tarihsel gelişiminde ilk embriyo transferi çalışmaları 1890'larda yapılan tavşan deneyleriyle başlamıştır (92). 1978'de fizyolog Robert Edwards ve jinekolog Patrick Steptoe'nin ilk IVF bebeği olan Louise Brown'un

doğmuştur (93, 94). Ülkemizde Yardımcı Üreme Teknikleri için ön çalışmalar 1984 yılında başlatıldıktan sonra ilk Yardımcı Üreme Teknikleri merkezi İzmir'de (1987) ardından Ankara'da (1990) açılmıştır (2). Ülkemizde Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları 2010 Yönetmeliği'nde çoğul gebeliklerin önlenmesi için tek embriyo transferi yapılması esas alınmakta, ancak üçüncü ve dördüncü uygulamada ve de 35 yaş üzeri kadınlarda en fazla 2 embriyo transferine izin verilmektedir (95). Günümüze gelene dek IVF tedavisinin GIFT, ZIFT, TET, ICSI gibi çeşitli şekilleri ortaya çıkmış, bu tedavi şekilleri uygun hastalarda kullanılmaya başlanmıştır (10).

2.3.3.1. İntra uterin inseminasyon (IUI)

İntra uterin inseminasyon (IUI), kadının ovulasyon döneminde erkekten alınan spermelerin kadın üreme sistemi içine cinsel ilişki dışında bir yöntemle bırakma işlemi olarak tanımlanmaktadır (92, 96, 97). IUI'nin başarı oranı %10-25 olarak bilinmektedir. Bu oran kadının yaşına ve infertilite nedenine bağlı olarak değişmektedir (2).

Erkek faktörü infertilite (örn. sperm motilitesinin düşük olması), servikal stenoz ve servikal mukus bozuklukları, nedeni açıklanamayan infertilite, endometriozis, dispareni, kombine non-tubal infertilite faktörleri, psikojenik seksüel disfonksiyon IUI'nin endikasyonlarını oluşturmaktadır (96, 98, 99).

2.3.3.2. Mikro Cerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu (Mesa)

Vas deferensin konjenital yokluğu, erkeklerin % 20-30 kadarında infertiliteye neden olmaktadır. Sıklıkla bu gibi tıkanıklıklarda, testiküler defekt bulunmayıp, testisler normal sperm üretmektedir.

Vas deferensin konjenital yokluğu, opere edilemeyen inflamasyonlar-enfekte obstrüktif azoospermi (genital tüberküloz, venerial hastalıklar) Mesa'nın endikasyonlarını oluşturmaktadır (2).

2.3.3.3. Testiküler Sperm Aspirasyonu (Tesa)

TESA, testislerin içinden biopsi yöntemi ile girilerek sperm alınması işlemi olarak bilinmektedir. Testislerinden alınan çok küçük bir dokunun ezilip ayrıştırılması sonucu sperm elde edilmektedir. Yöntemin sperm elde edilmesi dışındaki aşamaları IVF-ET'de olduğu gibidir (2).

2.3.3.4. Gamete İntrafallopian Transfer (GİFT)

Laparoskopik veya transvajinal yolla elde edilen oositler ve hazırlanan sprenler normal yapıdaki tuba uterinaların ampuller bölgesine laparoskopi yardımıyla yerleştirilmesi işlemi olarak tanımlanmaktadır (95). GİFT yöntemi, en az bir adet sağlam fonksiyonel fallopian tüpe ve overe sahip olan kadınlara uygulanabilmektedir (2).

Endikasyonları, açıklanamayan infertilite, immünolojik infertilite, hafif derecede erkek faktörü olarak bilinmektedir (1, 2, 72, 100).

2.3.3.5. İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

ICSI, Oosit zona pellusidası delinerek buradan mikro pipet yardımıyla tek bir spermin oosit stoplazması içine verilmesi işlemi olarak tanımlanmaktadır (2, 72, 99, 101).

Yumurta içerisine kaliteli bir sperm enjeksiyonu yapılmakta ve ICSI yöntemi ile sperm sayısı çok düşük olan bireylerde de fertilizasyon olanağı oluşmaktadır (91,99). Toplam ICSI tekniğinde % 70'inin fertilizasyon şansı bulunmaktadır (2, 97).

Endikasyonunu ciddi derecede erkek faktörü oluşturmaktadır (72, 91, 101).

2.3.3.6. İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET)

IVF-ET, yardımcı üreme tekniklerinden popüler olan ve yaygın olarak kullanılan, infertil çiftlerin çocuk sahibi olma ihtimallerini arttıran yöntem olarak tanımlanabilmektedir (72, 101, 102). IVF-ET, tubal faktörden dolayı infertilite sorunu yaşayan çiftlerin tedavisi için geliştirilmiştir. 1978 yılında IVF-ET yöntemi ile ilk başarılı gebelik, normal bir siklus kullanılarak gerçekleştirilmiştir. IVF, kadına ait olgun yumurtaların bir laboratuvar ortamında sperm ile fertilizasyonunu tanımlamaktadır (2, 103, 104). YÜT'nin %99'u bu yöntemle kullanılmakta ve her bir ovum için ortalama 100.000 sperm kullanılmaktadır (1, 105, 106).

Endikasyonlarını; tubal hasar veya tıkanıklık, ciddi endometriozis, açıklanamayan infertilite, anovulasyon, endometriozis, kanser hastaları ve ciddi erkek faktörü oluşturmaktadır (1, 91, 105).

2.4.Evlilik Uyum ve Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler

Evlilik, yetişkin bireyin hayatında önemli kararlardan biri olan, toplumun temeli olan aile kurumunu oluşturan bir adımdır (107). Evliliğin, kadın ve erkek arasındaki ilişkinin meşrulaşmasını sağlayan bir kurum; kendi içinde yükümlülükleri ve ayrıcalıkları olan bireysel ve aynı zamanda toplumsal bir yapı olduğu belirtilmiştir (108). Evlilik, evlenen bireylerin oluşturduğu psikolojik bir sistem olmanın yanında; fizyolojik, psikolojik ve toplumsal açıdan birbirlerinin ihtiyacını gidermek amaçlı bir ortam yaratması olarak tanımlanmaktadır (109). Toplumlardaki evliliklerin temel amacını bireylerin mutluluğu oluşturmaktadır. Evlilik uyumu, evlilik ilişkisinin sağlıklı ve mutlu bir şekilde sürdürülmesini ifade etmektedir (107). Evlilik uyumu, eşlerin belirli bir zaman içinde birbirlerine uygun olarak değişmesi, günlük yaşantılarına ve yaşantıları içinde değişen şartlara uyum sağlaması olarak tanımlanmaktadır (110). Literatürde evlilik uyumu, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve ortak amaçlara ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanmıştır (27, 28, 29).

Bir evlilikte, eşlerin ev ili ilgili sorumlulukların paylaşımı, akrabalık ilişkileri, çocuklara ilişkin durumlar, gelir-gider yönetimi gibi beklenti ve amaçlar; bireylerin evlilik ilişkilerini ve evlilik uyumunu etkilemektedir (111). Yapılan araştırmalar, evlilik uyumunu etkileyen; biyolojik, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlar, eşlerarası iletişim, değer ve amaçlar, çocuk sahibi olma gibi pek çok değişken olduğunu belirtmektedir (25, 112-114).

Evliliğin önemli bir değeri olan evlilik uyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bireylerin yaşı, mesleği, toplumsal ilişkileri, yaşam koşulları, kültürel etmenler, cinsel yaşamları evlilik uyumu alanında bireysel farklılıklara neden olabilmektedir. Bu farklılıklar kadın ve erkekte evlilik uyumunu etkileyebilmektedir. Çiftlerin yaşı, evlilik süresi, meslekleri, çocuk sahibi olma durumları evlilik uyumunu etkilemektedir (16, 17, 50, 56, 115).

Evlilik uyumunu etkileyen değişkenlerin en önemlilerinden biri de çocuk sahibi olmaktır. Çiftler, çocuk sahibi olma isteklerini belli bir zaman içinde gerçekleştiremediklerinde, sosyal, psikolojik ve ekonomik olmak üzere çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. İnfertilite, hayatı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, bireyi,

aileyi ve toplumu etkileyen sosyal bir problem olduğundan bireysel, toplumsal ve aile içi sorunlara yol açan önemli bir sağlık sorunudur (2, 23).

2.5.İnfertilitenin Evlilik Uyumuna Etkisi

Aile; toplumun en küçük ünitesi olup toplum için evrensel bir ögedir. Ailenin toplum içindeki biyolojik görevi, ailenin varlığını korumak ve neslin devamlılığını sağlamaktır (69). İnfertilite sorunu bu görevin yerine getirilmemesi sonucu çiftlerin evlilik hayatında, daha önce nasıl baş edeceklerini bilmedikleri fakat bireysel ve evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken bir kriz meydana getirebilir (22, 23, 116-118).

Evlilik uyumunu etkileyen infertilite problemi karşısında çiftler, ailelerinin, yakın çevreleri veya arkadaşlarının çocuk sahibi olma konusunda baskı yapacaklarını, çocukla ilgili soru soracaklarını veya onlar tarafından suçlanacaklarını düşünerek, sosyal çevrelerden kaçınabilmektedirler. Bu kaçınma, bir süre sonra çiftlerin sosyal izolasyon yaşamalarına ve kendilerini daha da yalnız hissetmelerine neden olabilmektedir (102). İnfertil kadınlar ve erkekler üzerinde yapılan çalışmalar infertil bireylerin/çiftlerin evlilik uyumunu ve evlilik kurumundaki ilişkilerin etkilendiğini göstermiştir (22, 48, 50, 52, 56, 119, 120).

İnfertilitenin evlilik uyumuna etkilerini inceleyen çalışmalarda; çiftlerde çatışmayı arttırdığını, cinsel yaşamı olumsuz etkilediğini ve çift uyumu olarak daha çok problemlere neden olduğu belirtilmiştir (41, 46). Ayrıca infertil kadınlar, evlilik ilişkilerinin infertilite sorunundan olumsuz yönde etkilendiğini bildirmektedir (43, 44).

Diğer taraftan infertil kadınlarda evlilik uyumunu inceleyen çeşitli çalışmalarda, eşler arası uyumun iyi düzeyde olduğu, evlilik uyum puan ortalamasını ölçeğin kesme noktasının üzerinde olduğu, infertil çiftlerde evlilik uyumunun artmasıyla anksiyete ve depresyon seviyesinin düştüğü, aileden gelen sosyal desteğin evlilik uyumunu olumlu etkilediği gibi sonuçlar saptanmıştır(16, 48, 115, 121, 122).

2.6.İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Evlilik Uyumuna Yönelik Danışmanlık Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü

Literatürde evlilik uyumu, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve ortak amaçlara ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanmıştır

(27, 28, 29). İnfertilite sorununun evlilik uyumunu etkilediği belirtilmektedir. İnfertilite tedavisinin her aşamasında çiftlerin gereksinimlerindeki değişiklikleri değerlendirecek, bilgi ve destek sağlayacak en önemli sağlık personeli hemşiredir (2). Hemşirenin bu alandaki görevleri, tedavi öncesi, sırası ve sonrası; tıbbi bakım vermek, danışmanlık, eğitmenlik, araştırmacı, koordinatör ve hasta haklarını savunucu olarak sıralanmaktadır (58, 61, 123). İnfertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumunun artırılmasında sağlık ekibi içinde yer alan hemşirenin önemli sorumluluklarından biri de tıbbi bakım rolüdür. Hemşirenin tıbbi bakım rolü, YÜT sürecinde kan almayı, vajinal ultrasonografi taramasını, folikül büyümesinin ultrasonografi ile izlenmesi, değerlendirilmesi ve hCG enjeksiyonu vb. uygulamaları içermektedir (61).

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumunun artırılmasında sağlık ekibi içinde yer alan hemşirenin önemli sorumluluklarından biri de danışmanlık rolüdür. İnfertil çiftler ile ilk karşılaşmada başlayan danışmanlık süreci, aktif olarak hastayı dinleme, gereksinimlerini hissetme, sevgi, empati ve anlayış gösterilerek yapılmaktadır (123). Literatürdeki çalışmalarda; infertilite tedavisinde hemşirenin vereceği danışmanlık hizmetlerinin, infertil çiftlerin tedavi sürecini pozitif yönde etkilediği, canlı doğum oranlarını arttırdığı, çiftler arasında oluşan çatışmaları ve depresyon-anksiyete düzeylerini azalttığı belirtilmiştir (124-128).

Hemşire infertilite tedavisi süresince hasta bakımı, hizmetlerin koordinasyonu, yönetsel işlemler, hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi gibi işlevlerin yanı sıra ekibin diğer üyelerinin uygulamalarının ve zamanın planlanmasını da koordine etmektedir (61). İnfertilite tedavisi ile ilgili güncel gelişmelerin gerisinde kalmamak adına hemşirenin güncel konuları ve yenilikleri yakından takip etmesi gerekmektedir (58, 61).

Sonuç olarak, ülkemizde görülmekte olan infertilitenin evlilik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma ile hemşirenin vereceği bakım ve danışmanlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek, böylece toplumun temeli olan aile sağlığına ve çiftlerin evlilik uyumuna katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Gaziantep ili Şehitkamil ilçesi Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran çiftler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklem kapsamına alınan çiftlere, anket formu ve EUÖ 31 Temmuz 2017- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi Gaziantep'in İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı tek tedavi merkezidir. İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi çiftlerin tanı ve tedavi olabilecek şekilde planlanmıştır. Merkez iki kattan oluşmaktadır, merkezde toplam üç hekim, iki hemşire, iki bilgi-işlem sekreteri ve iki hizmetli personel çalışmaktadır. Tedavi için gelen çiftlerin infertilite teşhis ve tanı işlemleri de burada yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Gaziantep ili Şehitkamil ilçesi Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran infertilite tedavisi gören çiftlerin tamamı oluşturmaktadır. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2017 yılı kayıtlarından elde edilen verilere göre; 1 Ocak 2016- 01 Ocak 2017 tarihleri arasında Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi'ne başvurup infertilite tedavisi alan çiftlerin sayısı 300'dür. Araştırmanın örneklemine alınacak çift sayısını bulmak için evreni bilinen örneklem formülü kullanılmıştır. Bu formüle göre;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$

n : Örneklem alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (300)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.50)

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0.50)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

$$n = \frac{(300) (1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.05)^2 (300-1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)} = 169 \text{ çift}$$

Formülden elde edilen sonuca göre %95 güven aralığı ve $\pm$ %5 sapma ile araştırmanın örneklem büyüklüğü 169 çift olarak belirlenmiş olup araştırmaya 177 çift (354 kişi) alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada veri toplama araçları, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmıştır (50, 51). Veriler “Anket Formu” ve “Evlilik Uyum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; kadınların ve erkeklerin sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, doğum yeri, en uzun süre yaşanılan yer, öğrenim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu, aile tipi, ilk evlenme yaşı, evlilik süresi, eşle yaş farkı, evlenme şekli) yönelik sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde; çiftlerin evlilik uyumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlere yönelik sorular (aile planlaması yöntemi kullanmak/kullanmamak, korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi, tanı süresi, tedavi süresi, infertilite tipi, denenen tedavi yöntemleri) yer almaktadır. Anket formunda toplam 36 soru yer almaktadır (Ek 1).

3.4.2. Evlilik Uyum Ölçeği

Kadınların evlilik uyumlarını belirlemek amacıyla EUÖ kullanılmıştır. Ölçek Locke ve Wallace tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik güvenirliği Şennur Tutarel Kışlak tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Ölçek çiftlerin her ikisine uygulanabildiği gibi sadece çiftlerden birine de uygulanabilmektedir ve genel evlilik uyumunu yansıtmaktadır.

EUÖ bir genel uyum sorusu, olası anlaşma alanlarını ölçen sekiz soru ile çatışma çözme, bağlılık ve iletişimi ölçen altı soruyu içermektedir. Toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin birinci maddesinde, ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelendirilmiş bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 1.madde = 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 puan; 2 ile 9 arası maddeler =5, 4, 3, 2, 1 puan; 10. madde = 0, 1, 2, 3 puan; 11. madde = 3, 2, 1, 0 puan; 12. madde = anlaşmazlık 0 puan, dışarıda bir şeyler yapmak 1 puan, evde oturmak 2 puan; 13. madde = 0, 1, 2, 3 puan; 14. madde = 2, 1, 0, 0 puan; 15. madde = 0, 1, 2, 2 puan olarak hesaplanmıştır. Bireylerin ölçekten alabilecekleri maksimum puan “60”, minimum puan ise “0” dır. Ölçeğin kesme puanı 43.5’dir. Ölçekten alınan en yüksek puan bireyin evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyduğunu, alınan en düşük puan ise evliliğinde çok mutsuz olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) 0.90, güvenirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur (Ek 2).

3.4.3. Anket Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama aracı olarak hazırlanan anket formunda yer alan soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 01-20 Temmuz 2017 tarihinde ön uygulama yapılmıştır. Bu araştırmada, anket formunun ön uygulamasına araştırma kapsamı dışında bırakılan 30 çift alınmıştır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre, formda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.4.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları Şehitkamil ilçesi Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi’ne başvuran infertilite tedavisi alan çiftlere uygulanmıştır. Örneklem kapsamına alınan çiftlere araştırmanın amacı açıklanarak,

araştırmaya katılımın tamamen gönüllük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek yazılı izinleri (Ek 6) alınmıştır. Araştırma süresince çiftlerin istedikleri takdirde araştırmacıya ulaşabilmeleri için araştırmacının iş adresi, e-mail adresi, işyeri, ev ve cep telefonu numaraları kadınlara verilmiştir.

Araştırmanın örneklem kapsamına alınan çiftlere, anket formu ve EUÖ 31 Temmuz 2017- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Çiftlerin veri toplama araçlarını bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.4.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay alınmıştır (Ek 3). Araştırmanın uygulanabilmesi için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın veri toplama formları uygulanmadan önce çiftlerden sözel ve yazılı onam (Ek 6) alınmıştır. Araştırmaya katılacak çiftlerin belirlenmesinde gönüllük prensibi temel alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak “sözel onam” ve “Aydınlatılmış Onam”, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" gönüllü olarak katılmak isteyenlerin araştırma kapsamına alınmasıyla "Özerkliğe Saygı" ve genel olarak "Zarar Vermeme /Yarar Sağlama" etik ilkeleri yerine getirilmiştir.

3.4.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS for Windows 20 (Statistical Package For Social Sciences) bilgisayar programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır. Bu araştırmada çiftlerin sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişken, EUÖ puanları ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Çiftlerin ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Skewness, Kurtosis testleri ve Histogram grafiği uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren evlilik uyum puanları; t testi (independent samples t-testi), Oneway Anova testi ile değerlendirilerek ölçek puanlarının ortalamaları hesaplanmıştır. Normal dağılım göstermeyen evlilik uyum puanları; Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

testi ile değerlendirilerek ölçek puanlarının ortancaları hesaplanmıştır (129, 130). Ayrıca, araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar kullanılmıştır.

Veriler	Test
Verilerin normal dağılımının belirlenmesi	Skewness, Kurtosis ve Histogram
Çiftlerin sosyo-demografik özellikleri, evlilik şekillerine ilişkin özellikleri, cinsel yaşam ilişkin özellikleri, infertiliteye ilişkin özelliklerinin belirlenmesi	Yüzdelik
Kadınların, erkeklerin ve çiftlerin EUÖ puanlarının gösterilmesi	Ortalama
Kadınların doğum yeri, evlenme yaşı, infertilite tanı süresi, infertilite tipi, tedavi süresi denenen aşılama tedavisi; erkeklerin yaş, doğum yeri, öğrenim düzeyi, evlenme yaşı, infertilite tanı süresi, infertilite tipi, tedavi süresi, denenen aşılama tedavisi; çiftlerin infertilite tanı süresi, infertilite tipi, tedavi süresine göre EUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	Oneway ANOVA Testi
Kadınların meslek, çalışma durumu, aile tipi, sağlık güvencesi, evlilik yılı, eş ile yaş farkı, evlenme şekli, tedavi masraflarını karşılama ve infertilite sonrası gebe kalma durumu; erkeklerin meslek, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aylık gelir durumu, evlilik yılı, eş ile yaş farkı, evlenme şekli, tedavi masraflarını karşılama durumu; çiftlerin tedavi masraflarını karşılama durumuna göre EUÖ puan ortancalarının karşılaştırılması	Mann-Whitney U Testi
Kadınların yaş, en uzun süre yaşanan yer, öğrenim düzeyi, korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi, tedavi yöntemleri, denenen ilaç tedavisi, denenen tüp bebek tedavisi; erkeklerin en uzun yaşanan yer, korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi, tedavi yöntemleri, denenen ilaç tedavisi, denenen tüp bebek tedavisi; çiftlerin korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi, tedavi yöntemleri, denenen ilaç, aşılama ve tüp bebek tedavisi sayısına göre EUÖ puan ortancalarının karşılaştırılması	Kruskall Wallis Testi

3.4.7. Araştırmaya Alınma-Alınmamama Kriterleri

Araştırmada infertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumunu etkileyen faktörler ve bu faktörlerin evlilik uyumu üzerine etkisi belirlenmek istendiğinden;

- 20-49 yaş arası evli olan,
- En az 1 yıldır infertilite tedavisi alan,
- Kronik hastalığı olmayan,
- Menapoza girmemiş,
- Premenopozal dönemde olmayan kadınların olduğu çiftler örnekleme alınmıştır.

Veri toplama araçlarının doldurulması aşamasında zorluk yaşayabilecekleri düşünüldüğünden okuma-yazma bilmeyen çiftler örneklem kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın veri tabanını sadece uygulamanın yapıldığı Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi'ne kayıtlı olan çiftlerin oluşturması araştırmanın sınırlılığıdır.

3.4.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi ve Çalışma Planı

FAALİYETLER	Tez Dönemi												
	Yıl	Aylar											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Literatür tarama	2015												
Araştırma izinlerinin ve etik kurul izninin alınması	2016												
Anket hazırlama	2017												
Anketin son şekli	2017												
Araştırma verilerinin toplanması/anket uygulama	2017												
Veri girişi ve analizi	2018												
	2019												
Tez yazımı	2019												
Tezin SBE teslimi	2019												

4. BULGULAR

Gaziantep ili Şehitkamil ilçesi Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İnfertilite ve Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran, infertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarını belirlemek amacıyla, 177 çift ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular üç grup altında verilmiştir.

1. Grup: Çiftlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Grup: Çiftlerin evlilik uyumunu etkileyebilecek bazı bağımsız değişkenlere ilişkin bulgular,
3. Grup: Çiftlerin EUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları ve EUÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının infertiliteyi etkileyebileceği düşünülen faktörler ile ilişkisi.

Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=177)	Sayı	%
Yaş		
20 - 29 yaş	86	48.6
30 - 39 yaş	86	48.6
40 yaş ve üzeri	5	2.8
Doğum Yeri		
İl	60	33.9
İlçe	46	26.0
Köy	71	40.1
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
İl	119	67.2
İlçe	22	12.5
Köy	36	20.3
Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar/ ilkokul mezunu	110	62.1
Ortaokul mezunu	23	13.0
Lise mezunu	26	14.7
Üniversite mezunu	18	10.2
Meslek		
Ev Hanımı	159	89.8
Memur/İşçi/Emekli	18	10.2
Çalışma Durumu		
Çalışan	18	10.2
Çalışmayan	159	89.8
Sağlık Güvencesi		
Var	174	98.3
Yok	3	1.7
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	134	75.7
Geniş Aile	43	24.3

Tablo 4.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; kadınların %48.6’sının 20 – 29 yaş grubunda, %48.6’sının 30 - 39 yaş grubunda, %2.8’inin 40 yaş ve üzerinde oldukları ve %40.1’inin köyde doğdukları, %67.2’sinin en uzun süre il merkezinde yaşadıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %62.1’inin okuryazar/ilkokul mezunu, %89.8’inin ev hanımı, %89.8’inin çalışmadığı, %98.3’ünün sağlık güvencesinin olduğu, %75.7’inin çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Erkeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=177)	Sayı	%
Yaş		
20 - 29 yaş	29	16.4
30 - 39 yaş	122	68.9
40 yaş ve üzeri	26	14.7
Doğum yeri		
İl	67	37.9
İlçe	44	24.8
Köy	66	37.3
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
İl	121	68.4
İlçe	25	14.1
Köy	31	17.5
Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar/ ilkokul mezunu	57	32.2
Ortaokul mezunu	52	29.4
Lise mezunu	48	27.1
Üniversite mezunu	20	11.3
Meslek		
Memur/İşçi/Emekli	138	78.0
Serbest Meslek	39	22.0
Çalışma Durumu		
Çalışan	171	96.6
Çalışmayan	6	3.4
Sağlık Güvencesi		
Var	174	98.3
Yok	3	1.7
Aylık Gelir Durumu		
Gelir giderden az	110	62.1
Gelir gidere eşit	67	37.9

Tablo 4.2’de erkeklerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, erkeklerin %68.9’unun 30 - 39 yaş grubunda oldukları, %37.9’unun il merkezinde doğdukları, %68.5’inin en uzun süre il merkezinde yaşadıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin %32.2’sinin okuryazar/ilkokul mezunu, %78.0’ının memur/işçi/emekli olduğu, %96.6’sının çalışmakta olduğu, %98.3’ünün sağlık güvencesi olduğu ve %62.1’inin gelir durumunun giderden az olduğu belirlenmiştir.

Çiftlerin Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyebilecek Bazı Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Çiftlerin Evlilik ve Evlenme Şekillerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Kadın (n=177)*		
Evlenme Yaşı		
15 - 19 yaş	59	33.3
20 - 29 yaş	111	62.7
30 - 45 yaş	7	4.0
Erkek(n=177)*		
Evlenme Yaşı		
15 – 19 yaş	7	4.0
20 – 29 yaş	157	88.7
30 – 45 yaş	13	7.3
Özellikler (n=354)		
Evlilik Yılı		
1 – 10 yıl	264	74.6
11 – 19 yıl	90	25.4
Eşi ile Yaş Farkı		
1 - 10 yaş	348	98.3
11 - 19 yaş	4	1.2
20 ve üzeri	2	0.5
Eşi ile Evlenme Şekli		
Görücü Usulü ile	258	72.9
Tanışıp Anlaşarak	96	27.1

*Kadınlar ve erkeklerin bulguları ayrı olarak verilmiştir.

Çiftlerin evlenme şekillerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3’te verilmiştir.

Bu araştırmada, kadınların %62.7’sinin, erkeklerin %88.7’sinin 20 – 29 yaş arasında evlenmiş olduğu; çiftlerin %74.6’inin 1 – 10 yıldır evli oldukları belirlenmiştir. Çiftlerin %98.3’ünün eşleri ile arasında 1 – 10 yaş olduğu, %72.9’unun görücü usulü ile evlendiği belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Çiftlerin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=354)	Sayı	%
Cinsel İlişki Sıklığı		
Haftada 2 – 3 kez	274	77.4
Haftada 1 kez	76	21.5
Ayda 1 kez	4	1.1
Aile Planlaması Kullanma Durumu		
Evet	14	4.0
Hayır	340	96.0
Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi(n=14)*		
Modern Yöntem (Prezervatif, Doğum Kontrol Hapı, RİA)	10	71.4
Geleneksel Yöntem (Geri Çekme Yöntemi)	4	28.6
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Süresi(n=14)*		
1 – 12 ay	14	100.0
13 ay ve üzeri	0	-
Aile Planlaması Yöntemini Bırakma Süresi(n=14)*		
1 – 12 ay	0	-
13 ay ve üzeri	14	100.0

*Bu soruyu Aile Planlaması Yöntemikullanmayan çiftler cevaplamamışlardır.

Tablo 4.4’te çiftlerin cinsel yaşama ilişkin özellikleri verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, çiftlerin %77.4’ünün cinsel ilişki sıklığının haftada 1 -2 kez olduğu, %96.0’ının aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirlenmiştir. Aile planlaması yöntemi kullanan çiftlerin %71.4’ünün modern aile planlaması yöntemi kullandığı; bu çiftlerin %100’ünün aile planlaması kullanım süresinin 1 – 12 ay arasında, %100’ünün aile planlaması bırakma süresinin 13 ay ve üzeri olduğu saptanmıştır (n=14).

Tablo 4.5. Çiftlerin İnfertiliteye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=354)	Sayı	%
Korunmaksızın Çocuk Sahibi Olamama Süresi		
1 – 5 yıl	158	44.6
6 – 10 yıl	134	37.9
11 yıl ve üzeri	62	17.5
İnfertilite Tam Süresi		
1 - 2 yıl	62	17.5
3 – 5 yıl	108	30.5
6 – 10 yıl	126	35.6
11 yıl ve üzeri	58	16.4
İnfertilite Tipi		
Kadına ait	104	29.4
Erkeğe ait	100	28.2
Her ikisine ait	20	5.7
Açıklanamayan	130	36.7
Tedavi Süresi		
1 – 2 yıl	70	19.8
3 – 5 yıl	112	31.6
6 – 10 yıl	116	32.8
11 yıl ve üzeri	56	15.8
Tedavi Masrafları		
Kendimiz karşılıyoruz	64	18.1
Sosyal güvencemiz karşılıyor	290	81.9
Tedavi Yöntemleri		
İlaç Tedavisi (Ovulasyon İndüksiyonu)	184	52.0
Aşılama (IUI)	122	34.4
Tüp bebek (IVF)	48	13.6
Denenen İlaç Tedavisi		
Hiç	12	3.4
1 kez	38	10.7
2 kez	80	22.6
3 ve daha fazla	224	63.3
Denenen Aşılama Tedavisi		
Hiç	76	21.5
1 kez	96	27.1
2 kez	154	43.5
3 ve daha fazla	28	7.9
Denenen Tüp Bebek Tedavisi		
Hiç	218	61.6
1 kez	106	29.9
2 kez	22	6.2
3 ve daha fazla	8	2.3
İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebe Kalma Durumu(n=177)*		
Evet	139	78.5
Hayır	38	21.5

*Bu soruyu sadece kadınlar cevaplamışlardır.

Çiftlerin infertiliteye ilişkin özelliklerinin dağılımı tablo 4.5'te verilmiştir.

Bu araştırmada, çiftlerin %44.6'sının korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresinin 1 – 5 yıl olduğu, %35.6'sının infertilite tanı süresinin 6 – 10 yıl olduğu saptanmıştır. Çiftlerin infertilite tipi %36.7 ile açıklanamayan infertilite, %29.4 ile kadına ait infertilite, %28.2 ile erkeğe ait infertilite, %5.7 ile her ikisine ait infertilite olduğu; çiftlerin %32.8'inin infertilite tedavi süresinin 6 – 10 yıl olduğu belirlenmiştir. Çiftlerin %81.9'unun tedavi masraflarını sosyal güvencesinin karşıladığı; %52.0'mının ilaç tedavisi, %34.4'ünün aşılama tedavisi, %13.6'sının tüp bebek tedavisi aldıkları saptanmıştır.

Bu araştırmada, çiftlerin %63.3'ünün 3 ve daha fazla kez ilaç tedavisi, %43.5'inin 2 kez aşılama tedavisi denemiş oldukları, %61.6'sının ise hiç tüp bebek tedavisi almadıkları belirlenmiştir. Kadınların %78.5'inin infertilite tedavisi sonrası gebe kalmadıkları saptanmıştır (n=177).

Çiftlerin Evlilik Uyum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Evlilik Uyum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Evlilik Uyumunu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi

4.6. Kadın, Erkek ve Çiftlerin Evlilik Uyum Ölçeğinden Aldıkları Min-Max Puanlar ile Puan Ortalamaları

	Sayı	Min. Puan	Max. Puan	n=354 Ortalama Standart Sapma*
Kadınlar	177	19	60	44.35±8.50
Erkekler	177	1	58	43.50±8.23
Çiftler	354	1	60	43.92±8.36

*Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

Tablo 4.6'da kadınların erkeklerin ve çiftlerin evlilik uyum ölçeklerinden aldıkları puanlar ve puan ortalamaları verilmiştir.

Bireylerin evlilik uyum ölçeğinden alabilecekleri maksimum puan “60”dır. Bu değer, kişinin evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyduğunu göstermektedir. Bireylerin evlilik uyum ölçeğinden alabilecekleri minimum puan “0”dır. Bu değer ise, bireyin evliliğinde çok mutsuz olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 43.5’tir. Ölçekte kişiler 43’ün üzerinde puan almışlarsa evliliklerinde uyumlu, 43 ve altında puan almışlarsa evliliklerinde uyumsuz olarak değerlendirilmiştir (29). Bu araştırmada kadınların evlilik uyum ölçeği toplam puan ortalamasının 44.35, evlilik uyum ölçeğinden aldıkları minimum puanın “19”, maksimum puanın ise, “60” olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bu sonuç, kadınların evliliklerinde büyük bir doyum ve mutluluk sağladığını göstermektedir. Bu araştırmada erkeklerin evlilik uyum ölçeği toplam puan ortalamasının 43.50, evlilik uyum ölçeğinden aldıkları minimum puanın “1”, maksimum puanın ise, “58” olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bu sonuç, erkeklerin evliliklerinde doyum ve mutluluk sağladığını göstermektedir. Bu araştırmada çiftlerin evlilik uyum ölçeği toplam puan ortalamasının 43.92, evlilik uyum ölçeğinden aldıkları minimum puanın “1”, maksimum puanın ise, “60” olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bu sonuç, çiftlerin evliliklerinde doyum ve mutluluk sağladığını göstermektedir.

Tablo 4.7. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=177)	Sayı	Puanlar	Min	Max	İstatistiksel Değerler		
Yaş		Ortanca*			KW	p	
20 – 29 yaş	86	46.00	26	60	4.892	0.087	
30 – 39 yaş	86	46.00	19	56			
40 yaş ve üzeri	5	27.00	19	51			
Doğum Yeri		Ortalama Standart Sapma**			F	p	
İl	60	44.16±8.10	25	57	1.455	0.236	
İlçe	46	46.08±7.65	26	60			
Köy	71	43.36±9.27	19	59			
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		Ortanca*			KW	p	
İl	119	46.00	25	60	0.651	0.722	
İlçe	22	46.50	19	57			
Köy	36	44.50	19	59			
Öğrenim Düzeyi					KW	p	
Okuryazar/İlkokul mezunu	110	45.00	19	57	2.464	0.482	
Ortaokul mezunu	23	47.00	37	59			
Lise mezunu	26	46.00	25	56			
Üniversite mezunu	18	44.50	35	60			
Meslek					U	Z	p
Ev Hanımı	159	46.00	19	59	1203	1.105	0.172
Memur/İşçi/Emekli	18	47.00	35	60			
Çalışma Durumu					U	Z	p
Çalışmıyor	159	46.00	19	59	1203	1.105	0.269
Çalışıyor	18	47.00	35	60			
Aile Tipi					U	Z	p
Çekirdek Aile	134	46.00	20	60	2626	0.873	0.383
Geniş Aile	43	45.00	19	57			
Sağlık Güvencesi					U	Z	p
Var	174	45.50	19	60	227	0.381	0.703
Yok	3	46.00	29	50			

*Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

**Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

F= Oneway Anova Testi

KW: Kruskal Wallis Testi

U: Mann-Whitney U Testi

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre EUÖ puan ortanca ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; kadınların 20 -29 yaş (puan ortancaları 46.00) ve 30 – 39 yaş evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00), 40 yaş ve üzeri (puan ortancaları 27.00) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşlarına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; köyde doğan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 43.36), il merkezinde doğan kadınlara (puan ortalamaları 44.16) ve ilçede doğan kadınlara (puan ortalamaları 46.08) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların doğdukları yere göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; en uzun süre ilçede yaşayan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.50), il merkezinde yaşayan kadınlara (puan ortancaları 46.00) ve köyde yaşayan kadınlara (puan ortancaları 44.50) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların en uzun süre yaşadıkları yere göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; ortaokul mezunu kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00), lise mezunu kadınlara (puan ortancaları 46.00) , okuryazar/ilkokul mezunu kadınlara (puan ortancaları 45.00) ve üniversite mezunu kadınlara (puan ortancaları 44.50) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların öğrenim düzeylerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; ev hanımı kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00), memur/işçi/emekli kadınlara (puan ortancaları 47.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların mesleklerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; çalışmayan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00), çalışan kadınlara (puan ortancaları 47.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların çalışma

durumlarına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; geniş ailede yaşayan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 45.00), çekirdek ailede yaşayan kadınlardan (puan ortancaları 46.00) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, geniş ailede yaşayan kadınların çekirdek ailede yaşayan kadınlara göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; sağlık güvencesi olmayan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00), sağlık güvencesi olan kadınlara (puan ortancaları 45.50) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların sağlık güvencelerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Erkeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=177)	Sayı		Min	Max	İstatistiksel Değerler		
Yaş		Ortalama Standart Sapma*			F	P	
20 – 29 yaş (A ¹)	29	46.00±6.15	32	56	7.720	0.001	
30 – 39 yaş (A ²)	122	44.04±7.39	14	58			
40 yaş ve üzeri (A ³)	26	38.11±11.44	1	54			
**Fark: A ¹ -A ³ ,A ² -A ³							
Doğum Yeri					F	p	
İl	67	43.8 ±6.93	22	58	0.385	0.681	
İlçe	44	44.06±6.89	31	56			
Köy	66	42.80±10.11	1	58			
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		Ortanca***			KW	p	
İl	121	46.00	16	58	3.356	0.187	
İlçe	25	42.00	1	56			
Köy	31	44.00	14	58			
Öğrenim Düzeyi		Ortalama Standart Sapma*			F	p	
Okuryazar/İlkokul mezunu	57	42.78±10.12	1	58	0.827	0.481	
Ortaokul mezunu	52	42.73±7.75	16	58			
Lise mezunu	48	44.37±6.48	29	57			
Üniversite mezunu	20	45.40±7.14	31	56			
Meslek		Ortanca***			U	Z	p
Memur/İşçi/Emekli	138	46.00	16	58	2023	2.365	0.018
Serbest Meslek	39	42.00	1	57			
Çalışma Durumu					U	Z	p
Çalışıyor	171	44.00	1	58	340	1.400	0.158
Çalışmıyor	6	49.00	37	57			
Sağlık Güvencesi					U	Z	p
Var	174	44.00	1	58	224	0.421	0.674
Yok	3	45.00	44	48			
Aylık Gelir Durumu					U	Z	p
Gelir giderden az	110	44.00	1	57	3045	1.936	0.053
Gelir gidere eşit	67	46.00	14	58			

*Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

F= Oneway Anova Testi

**LSD

KW: Kruskal Wallis Testi

***Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır. U: Mann-Whitney U Testi

Erkeklerin sosyo-demografik özelliklerine göre EUÖ puan ortanca ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; erkeklerin 20 – 29 yaş evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 46.00), 30 – 39 yaş (puan ortalamaları 44.04) ve 40 yaş ve üzeri (puan ortalamaları 38.11) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin yaşlarına göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın 20 – 29 yaş arasındaki erkeklerle, 40 yaş ve üzeri erkekler arasındaki ilişki ve 30 – 39 yaşları arasındaki erkeklerle 40 yaş ve üzeri erkekler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı; 20 – 29 yaş arasındaki erkeklerin puan ortalamalarının 40 yaş ve üzeri erkeklerin puan ortalamalarından, 30 – 39 yaş arasındaki erkeklerin puan ortalamalarının 40 yaş ve üzeri erkeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; köyde doğan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 42.80), il merkezinde doğan erkeklere (puan ortalamaları 43.80) ve ilçede doğan erkeklere (puan ortalamaları 44.06) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin doğdukları yere göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; en uzun süre ilçede yaşayanların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 42.00), il merkezinde yaşayan erkeklere (puan ortancaları 46.00) ve köyde yaşayan erkeklere (puan ortancaları 44.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin en uzun süre yaşadıkları yere göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; ortaokul mezunu erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 42.73), okuryazar/ilkokul mezunu erkeklere (puan ortalamaları 42.78) , lise mezunu erkeklere (puan ortalamaları 44.37) ve üniversite mezunu erkeklere (puan ortalamaları 45.40) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin öğrenim düzeylerine göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde, memur/işçi/emekli erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00) serbest meslek sahibi erkeklere (puan ortancaları 42.00) göre yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin mesleklerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; çalışan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 44.00), çalışan erkeklere (puan ortancaları 49.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çalışmayan erkeklerin çalışan erkeklere göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde, sağlık güvencesi olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 44.00) sağlık güvencesi olmayan erkeklere (puan ortancaları 45.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin sağlık güvencesi olması durumuna göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; gelir giderden az olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 44.00) gelir gidere eşit olan erkeklere (puan ortancaları 46.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin gelir durumları ile EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Kadınların Evlilik ve Evlenme Şekillerine İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=177)	Sayı	Ortalama Standart Sapma*	Min	Max	İstatistiksel Değerler		
Evlenme Yaşı					F	p	
15 -19 Yaş	59	43.00±9.10	19	59	1.584	0.208	
20 – 29 Yaş	111	45.20±7.77	19	60			
30 – 45 Yaş	7	42.00±13.16	20	54			
Evlilik Yılı		Ortanca**			U	Z	p
1 – 10 Yıl	132	47.00	20	60	2210	2.561	0.010
11 – 19 Yıl	45	43.00	19	57			
Eşi İle Yaş Farkı					U	Z	p
1 – 10 Yaş	174	46.00	19	60	242	0.216	0.829
11 – 19 Yaş	3	44.00	31	54			
Eşi İle Evlenme Şekli					U	Z	p
Görücü Usulü ile	129	45.00	19	59	2617	1.582	0.114
Tanışıp Anlaşarak	48	47.00	27	60			
*Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.					F= Oneway Anova Testi		
**Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.					U: Mann-Whitney U Testi		

Kadınların evlilik ve evlenme şekillerine ilişkin özelliklerine göre EUÖ puan ortanca ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; 20 - 29 yaş arasında evlenen kadınların evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 45.20), 15 – 19 yaş (puan ortalamaları 43.00) , 30 – 45 yaş arasında evlenen kadınlara (puan ortalamaları 42.00) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların evlenme yaşına göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; 1 – 10 yıldır evli olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00), 11 – 19 yıldır evli olan (puan ortancaları 43.00) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların evlilik yılına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu araştırmada; eşleri ile arasında 1 – 10 yaş fark olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00), 11 - 19 yaş fark olan kadınlara (puan ortancaları 44.00) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların

eşleri ile arasında yaş farkı olma durumlarına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; eşleri ile kendileri tanışıp anlaşılarak evlendiklerini ifade eden kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00), görücü usulü ile evlendiklerini ifade eden kadınların (puan ortancaları 45.00) evlilik uyumlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların eşleri ile evlenme şekline göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Erkeklerin Evlilik ve Evlenme Şekillerine İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=177)	Sayı		Min	Max	İstatistiksel Değerler		
Evlenme Yaşı		Ortalama Standart Sapma*			F	p	
15 -19 Yaş	7	46.71±4.95	41	54	1.139	0.322	
20 – 29 Yaş	157	43.56±8.16	1	58			
30 – 45 Yaş	13	41.00±10.12	14	54			
Evlilik Yılı		Ortanca**			U	Z	p
1 – 10 Yıl	132	46.00	1	58	2421	1.850	0.064
11 – 19 Yıl	45	43.00	16	58			
Eşi İle Yaş Farkı					U	Z	p
1 – 10 Yaş	174	44.00	1	58	234	0.307	0.759
11 – 19 Yaş	3	43.00	42	51			
Eşi İle Evlenme Şekli					U	Z	p
Görücü Usulü ile	129	44.00	1	58	2527	1.880	0.060
Tanışıp Anlaşarak	48	46.00	16	57			
*Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.					F= Oneway Anova Testi		
**Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.					U: Mann-Whitney U Testi		

Erkeklerin evlilik ve evlenme şekillerine ilişkin özelliklerine göre EUÖ puan ortanca ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10’da verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; 30 - 45 yaş arasında evlenen erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 41.00), 15 – 19 yaş (puan ortalamaları 46.71) , 20 - 29 yaş arasında evlenen erkeklere (puan ortalamaları 43.56) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.Yapılan

istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin evlenme yaşına göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; 1 – 10 yıldır evli olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00), 11 – 19 yıldır evli olan erkeklere (puan ortancaları 43.00) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin evlilik yılına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada; eşleri ile arasında 1 – 10 yaş fark olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 44.00), 11 - 19 yaş fark olan erkeklere (puan ortancaları 43.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin eşleri ile arasında yaş farkı olma durumlarına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; eşleri ile kendileri tanışıp anlaşılarak evlendiklerini (puan ortancaları 46.00) ifade eden erkeklerin evlilik uyumlarının, görücü usulü ile (puan ortancaları 44.00) evlendiklerini ifade eden erkeklerin evlilik uyumlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin eşleri ile evlenme şekline göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Kadınların İnfertiliteye İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=177)	Sayı	Min	Max	İstatistiksel Değerler				
Korunmaksızın Çocuk Sahibi Olamama Süreleri		Ortanca*			KW	p		
1 – 5 Yıl(A ¹)	79	47.00	20	60	7.805	0.020		
6 – 10 yıl(A ²)	67	45.00	26	59				
11 Yıl ve üzeri(A ³)	31	42.00	19	55				
**Fark: A¹-A³								
İnfertilite Tanı Süresi		Ortalama Standart sapma***			F	p		
1 – 2 Yıl(A ¹)	31	45.67 ± 7.88	20	57	3.965	0.009		
3 – 5 Yıl(A ²)	54	46.88 ± 6.86	28	60				
6 – 10 Yıl(A ³)	63	42.98 ± 9.02	25	57				
11 Yıl ve üzeri(A ⁴)	29	41.13 ± 9.45	19	55				
****Fark: A¹-A⁴, A²-A³, A²-A⁴								
İnfertilite Tipi					F	p		
Kadına Ait	52	44.88± 8.38	20	60	0.871	0.457		
Erkeğe Ait	50	42.70± 9.43	19	59				
Her İkisine Ait	10	45.00 ± 4.73	37	50				
Açıklanamayan	65	45.07 ± 8.28	21	57				
Tedavi Süresi					F	p		
1 – 2 Yıl(A ¹)	35	45.05 ± 8.81	20	57	3.698	0.013		
3 – 5 Yıl(A ²)	56	46.78 ± 6.63	27	60				
6 – 10 Yıl(A ³)	58	43.25 ± 8.86	25	59				
11 Yıl ve üzeri(A ⁴)	28	40.82 ± 9.47	19	55				
****Fark: A¹-A⁴, A²-A³, A²-A⁴								
Tedavi Masrafları		Ortanca*			U	Z	p	
Kendimiz karşılıyoruz	32	46.50	19	59	1937	1.461	0.144	
Sosyal güvencemiz karşılıyor	145	44.00	19	60				
Tedavi Yöntemleri					KW	p		
İlaç Tedavisi	92	47.00	20	59	4.491	0.106		
Aşılama	61	44.00	25	60				
Tüp Bebek	24	43.00	19	57				
Denenen İlaç Tedavisi					KW	p		
Hiç	6	47.00	34	49	1.893	0.595		
1 kez	14	46.00	31	57				
2 kez	40	45.50	19	60				
3 ve daha fazla	112	45.00	19	59				
Denenen Aşılama Tedavisi		Ortalama Standart sapma***			F	p		
Hiç	38	46.39 ± 8.72	20	57	1.633	0.184		
1 kez	48	45.16 ± 7.22	27	60				
2 kez	77	42.93 ± 9.01	19	59				
3 ve daha fazla	14	43.71 ± 8.48	19	53				
Denenen Tüp Bebek Tedavisi		Ortanca*			KW	p		
Hiç	109	46.00	20	60	1.420	0.701		
1 kez	53	44.00	19	59				
2 kez	11	43.00	19	52				
3 ve daha fazla	4	46.50	36	53				
İnfertilite Durumu	Sonrası	Gebe	Kalma		U	Z	p	
Evet	139	46.00	19	60	2301	1.216	0.224	
Hayır	38	43.50	19	59				

*Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

** Çoklu Karşılaştırma Testi

***Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

**** LSD

F= Oneway Anova Testi

KW:Kruskal Wallis Testi

U: Mann-Whitney U Testi

Kadınların infertilite özelliklerine göre EUÖ puan ortanca ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi 1 – 5 yıl olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00) , 6 – 10 yıl olan kadınların (puan ortancaları 45.00) ve 11 yıl ve üzeri olan kadınların (puan ortancaları 42.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, korunmaksızın çocuk sahibi olamama sürelerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın 1 – 5 yıldır korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi olan kadınlar ile 11 yıl ve üzeri korunmaksızın çocuk sahibi olamayan kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; infertilite tanı süresi 11 yıl ve üzeri olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 41.13), 1 – 2 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 45.67), 3 – 5 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 46.88) ve 6 – 10 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 42.98) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların infertilite tanı süresine göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın infertilite tanı süresi 1 – 2 yıl olan kadınlar ile 11 yıl ve üzeri olan kadınlar, infertilite tanı süresi 3 – 5 yıl olan kadınlar ile 6 – 10 yıl olan kadınlar ve infertilite tanı süresi 3 – 5 yıl olan kadınlar ile 11 yıl ve üzeri olan kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; infertilite tipi erkeğe ait sebepler olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 42.70), kadına ait sebepler olan kadınların (puan ortalamaları 44.88), her ikisine ait sebepler olan kadınların (puan ortalamaları 45.00) ve açıklanamayan sebepler olan kadınların (puan ortalamaları 45.07) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların infertilite tipine göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; tedavi süresi 3 – 5 yıl olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 46.78), 1 – 2 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 45.05), 6 – 10 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 43.25) ve 11 yıl ve üzeri olan kadınların (puan ortalamaları 40.82) evlilik uyumlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların tedavi yıllarına göre EU  puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın 1 – 2 yıldır tedavi gören kadınlar ile 11 yıl ve üzeri tedavi gören kadınlar, 3 – 5 yıldır tedavi gören kadınlar ile 6 – 10 yıldır tedavi gören kadınlar ve 3 – 5 yıldır tedavi gören kadınlar ile 11 yıl ve üzeri tedavi gören kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; tedavi masraflarını sosyal güvencesi karşılayan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 44.00), kendi karşılayan kadınların (puan ortancaları 46.50) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların tedavi masraflarını karşılama şekline göre EU  puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; tedavi yöntemi olarak ilaç tedavisi alan kadınların (puan ortancaları 47.00), aşılama tedavisi alan kadınların (puan ortancaları 44.00), tüp bebek tedavisi alan kadınların (puan ortancaları 43.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, tedavi yöntemlerine göre EU  puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; denenen ilaç tedavisi sayısı 3 ve daha fazla olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 45.00), 2 kez olan kadınların (puan ortancaları 45.50), 1 kez olan kadınların (puan ortancaları 46.00) ve hiç denememiş olan kadınların (puan ortancaları 47.00) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların denenen ilaç tedavisi sayısına göre EU  puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; denenen aşılama tedavisi sayısı 2 kez olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 42.93), 1 kez olan kadınların (puan ortalamaları 45.16), 3 ve daha fazla olan kadınların (puan ortalamaları 43.71) ve hiç denememiş olan kadınların (puan ortalamaları 46.39) evlilik uyumlarından daha

düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların denenen aşılama tedavisi sayısına göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; denenen tüp bebek tedavisi sayısı 2 kez olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 43.00), 1 kez olan kadınların (puan ortancaları 44.00), hiç denememiş kadınların (puan ortancaları 46.00) ve 3 ve daha fazla olan kadınların (puan ortancaları 46.50) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların denenen tüp bebek tedavisi sayısına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; infertilite tedavisi sonrasında gebe kalan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00) infertilite tedavisi sonrasında gebe kalamayan kadınların evlilik uyumlarından (puan ortancaları 43.50) yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların infertilite tedavisi sonrası gebe kalma durumlarına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Erkeklerin İnfertiliteye İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=177)	Sayı	Min	Max	İstatistiksel Değerler			
Korunmaksızın Çocuk Sahibi Olamama Süreleri		Ortanca*			KW	p	
1 – 5 Yıl (A ¹)	79	48.00	14	57	20.170	0.000	
6 – 10 yıl (A ²)	67	42.00	16	58			
11 Yıl ve üzeri (A ³)	31	42.00	1	58			
**Fark: A ¹ -A ² ,A ¹ -A ³							
İnfertilite Tanı Süresi		Ortalama Standart sapma***			F	p	
1 – 2 Yıl (A ¹)	31	44.70 ± 7.83	14	56	5.744	0.001	
3 – 5 Yıl (A ²)	54	46.68 ± 5.97	33	57			
6 – 10 Yıl (A ³)	63	41.41 ± 7.92	16	58			
11 Yıl ve üzeri (A ⁴)	29	40.79 ± 10.72	1	58			
****Fark: A ² -A ³ , A ² -A ⁴							
İnfertilite Tipi					F	p	
Kadına Ait	52	42.03 ± 10.24	1	56	1.087	0.356	
Erkeğe Ait	50	43.26 ± 8.09	22	58			
Her İkisine Ait	10	45.30 ± 5.75	37	54			
Açıklanamayan	65	44.56 ± 6.66	29	58			
Tedavi Süresi					F	p	
1 – 2 Yıl (A ¹)	35	45.00 ± 7.88	14	57	4.571	0.004	
3 – 5 Yıl (A ²)	56	46.00 ± 6.24	33	57			
6 – 10 Yıl (A ³)	58	41.53 ± 7.92	16	58			
11 Yıl ve üzeri (A ⁴)	28	40.67 ± 10.90	1	58			
****Fark:A ¹ -A ³ ,A ¹ -A ⁴ ,A ² -A ³ , A ² -A ⁴							
Tedavi Masrafları		Ortanca*			U	Z	p
Kendimiz karşılıyoruz	32	44.50	19	59	2127	0.737	0.461
Sosyal güvencemiz karşılıyor	145	44.00	19	60			
Tedavi Yöntemleri					KW		p
İlaç Tedavisi	92	45.50	14	58	4.421		0.110
Aşılama	61	45.00	1	58			
Tüp Bebek	24	41.50	25	54			
Denenen İlaç Tedavisi					KW		p
Hiç	6	48.50	35	50	2.848		0.416
1 kez	19	46.00	33	57			
2 kez	40	42.50	25	58			
3 ve daha fazla	112	44.00	1	58			
Denenen Aşılama Tedavisi		Ortalama Standart sapma***			F		p
Hiç	38	45.21 ± 8.27	14	57	0.919		0.433
1 kez	48	43.62 ± 8.84	1	55			
2 kez	77	42.51 ± 7.93	16	58			
3 ve daha fazla	14	43.78 ± 7.52	31	54			
Denenen Tüp Bebek Tedavisi		Ortanca*			KW		p
Hiç (A ¹)	109	46.00	14	58	10.315		0.016
1 kez (A ²)	53	43.00	22	54			
2 kez (A ³)	11	37.00	31	51			
3 ve daha fazla (A ⁴)	4	39.00	1	52			
**Fark:A ¹ -A ² ,A ¹ -A ³							

*Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

**Çoklu karşılaştırma testi

***Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

****LSD

F= Oneway Anova Testi

KW: Kruskal Wallis Testi

U: Mann-Whitney U Testi

Erkeklerin infertilite özelliklerine göre EUÖ puan ortanca ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi 1 – 5 yıl olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 48.00) , 6 – 10 yıl olan erkeklerin (puan ortancalar 42.00) ve 11 yıl ve üzeri olan erkeklerin (puan ortancalar 42.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin korunmaksızın çocuk sahibi olamama sürelerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın 1 – 5 yıldır korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi olan erkekler ile 6 – 10 yıl korunmaksızın çocuk sahibi olamayan erkekler ve 1 – 5 yıldır korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi olan erkekler ile 11 yıl ve üzeri korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi olan erkekler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; infertilite tanı süresi 11 yıl ve üzeri olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 40.79), 1 – 2 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 44.70), 3 – 5 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 46.68) ve 6 – 10 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 41.41) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin infertilite tanı süresine göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın infertilite tanı süresi 3 - 5 yıl olan erkekler ile 6 – 10 yıl olan erkekler, infertilite tanı süresi 3 – 5 yıl olan erkekler ile 11 yıl ve üzeri olan erkekler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; infertilite tipi kadına ait sebepler olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 42.03), erkeğe ait sebepler olan erkeklerin (puan ortalamaları 43.26), her ikisine ait sebepler olan erkeklerin (puan ortalamaları 45.30) ve açıklanamayan sebepler olan erkeklerin (puan ortalamaları 44.56) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin infertilite tipine göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; tedavi süresi 3 – 5 yıl olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 46.00), 1 – 2 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 45.00), 6 – 10 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 41.53) ve 11 yıl ve üzeri olan

erkeklerin (puan ortalamaları 40.67) evlilik uyumlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin tedavi yıllarına göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın 1 – 2 yıldır tedavi gören erkekler ile 6 – 10 yıl tedavi gören erkekler, 1 – 2 yıldır tedavi gören erkekler ile 11 yıl ve üzeri tedavi gören erkekler, 3 – 5 yıldır tedavi gören erkekler ile 6 – 10 yıldır tedavi gören erkekler ve 3 – 5 yıldır tedavi gören erkekler ile 11 yıl ve üzeri tedavi gören erkekler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; tedavi masraflarını sosyal güvencesi karşılayan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 44.00), kendi karşılayan erkeklerin (puan ortancaları 44.50) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin tedavi masraflarını karşılama şekline göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; tedavi yöntemi olarak ilaç tedavisi alan erkeklerin (puan ortancaları 45.50), aşılama tedavisi alan erkeklerin (puan ortancaları 45.00), tüp bebek tedavisi alan erkeklerin (puan ortancaları 41.50) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin tedavi yöntemlerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; hiç ilaç tedavisi denememiş olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 48.50), 1 kez ilaç tedavisi denemiş olan erkeklerin (puan ortancaları 46.00), 2 kez ilaç tedavisi denemiş olan erkeklerin (puan ortancaları 42.50), 3 ve daha fazla olan erkeklerin evlilik uyumlarından (puan ortalamaları 44.00) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin denenen ilaç tedavisi sayısına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; denenen aşılama tedavisi sayısı 2 kez olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 42.51), 1 kez olan erkeklerin (puan ortalamaları 43.62), 3 ve daha fazla olan erkeklerin (puan ortalamaları 43.78) ve hiç denememiş olan erkeklerin (puan ortalamaları 45.21) evlilik uyumlarından daha düşük

olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin denenen aşılama tedavisi sayısına göre EU puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; denenen tüp bebek tedavisi sayısı 2 kez olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 37.00), 3 ve daha fazla olan erkeklerin (puan ortancaları 39.00), 1 kez olan erkeklerin (puan ortancaları 43.00) ve hiç denememiş olan erkeklerin (puan ortancaları 46.00) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erkeklerin denenen tüp bebek tedavisi sayısına göre EU puan ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın hiç tüp bebek tedavisi denememiş olan erkekler ile 1 kez denemiş erkekler, hiç tüp bebek tedavisi denememiş erkekler ile 2 kez denemiş erkekler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4.13. Çiftlerin İnfertiliteye İlişkin Özelliklerine Göre EUÖ Puan Ortanca ve Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=354)	Sayı	Min	Max	İstatistiksel Değerler		
Korunmaksızın Çocuk Sahibi Olamama Süreleri		Ortanca*		KW	p	
1 – 5 Yıl (A ¹)	158	47.00	14	60	24.043	0.000
6 – 10 yıl (A ²)	134	43.50	16	59		
11 Yıl ve üzeri (A ³)	62	42.00	1	58		
**Fark: A¹-A²,A¹-A³						
İnfertilite Tanı Süresi		Ortalama Standart sapma***		F	p	
1 – 2 Yıl (A ¹)	62	45.19 ± 7.81	14	57	9.535	0.000
3 – 5 Yıl (A ²)	108	46.78 ± 6.40	28	60		
6 – 10 Yıl (A ³)	126	42.19 ± 8.49	16	58		
11 Yıl ve üzeri (A ⁴)	58	40.96 ± 10.02	1	58		
****Fark: A¹-A³, A¹-A⁴,A²-A³,A²-A⁴						
İnfertilite Tipi				F	p	
Kadına Ait	104	43.46± 9.42	1	60	1.175	0.319
Erkeğe Ait	100	42.98± 8.75	19	59		
Her İkisine Ait	20	45.15± 5.13	37	54		
Açıklanamayan	130	44.82± 7.49	21	58		
Tedavi Süresi				F	p	
1 – 2 Yıl (A ¹)	70	45.02 ± 8.30	14	57	8.088	0.000
3 – 5 Yıl (A ²)	112	46.39 ± 6.42	27	60		
6 – 10 Yıl (A ³)	116	42.39± 8.41	16	59		
11 Yıl ve üzeri (A ⁴)	56	40.75± 10.11	1	58		
****Fark:A¹-A³,A¹-A⁴,A²-A³,A²-A⁴						
Tedavi Masrafları		Ortanca*		U	Z	p
Kendimiz karşılıyoruz	64	46.00	19	59	8119	1.568
Sosyal güvencemiz karşılıyor	290	44.00	1	60		
Tedavi Yöntemleri				KW	p	
İlaç Tedavisi (A ¹)	184	46.00	14	59	14.302	0.001
Aşılama (A ²)	122	44.50	1	60		
Tüp Bebek (A ³)	48	42.00	19	57		
**Fark: A¹-A²,A¹-A³						
Denenen İlaç Tedavisi				KW	p	
Hiç	12	47.00	34	50	3.317	0.345
1 kez	38	46.00	31	57		
2 kez	80	44.00	19	60		
3 ve daha fazla	224	44.00	1	59		
Denenen Aşılama Tedavisi				KW	p	
Hiç	76	48.00	14	57	9.269	0.026
1 kez	96	46.00	1	60		
2 kez	154	43.00	16	59		
3 ve daha fazla	28	44.00	19	54		
**Fark: A¹-A³						
Denenen Tüp Bebek Tedavisi				KW	p	
Hiç (A ¹)	218	46.00	14	60	8.570	0.036
1 kez (A ²)	106	44.00	19	59		
2 kez (A ³)	22	42.00	19	52		
3 ve daha fazla (A ⁴)	8	42.00	1	53		
**Fark:A¹-A³						

*Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

**Çoklu Karşılaştırma Testi

***Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

****LSD

F= Oneway Anova Testi

KW: Kruskal Wallis Testi

U: Mann-Whitney U Testi

Çiftlerin infertilite özelliklerine göre EUÖ puan ortanca ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi 1 – 5 yıl olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00) , 6 – 10 yıl olan çiftlerin (puan ortancaları 43.50) ve 11 yıl ve üzeri olan çiftlerin (puan ortancaları 42.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin korunmaksızın çocuk sahibi olamama sürelerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi 1 – 5 yılolan çiftler ile 6 – 10 yıl olan çiftler, 1 – 5 yıl olan çiftler ile 11 yıl ve üzeri olan çiftlerarasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; infertilite tanı süresi 11 yıl ve üzeri olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 40.96), 1 – 2 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 45.19), 3 – 5 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 46.78) ve 6 – 10 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 42.19) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin infertilite tanı süresine göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın infertilite tanı süresi 1 – 2 yıl olan ile 6 – 10 yıl olan çiftler, 1 – 2 yıl olan ile 11 yıl ve üzeri olan çiftler, 3 - 5 yıl olan erkekler ile 6 – 10 yıl olan çiftler, infertilite tanı süresi 3 – 5 yıl olan çiftler ile 11 yıl ve üzeri olan çiftler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; infertilite tipi erkeğe ait sebepler olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 42.98), kadına ait sebepler olan çiftlerin (puan ortalamaları 43.46), her ikisine ait sebepler olan çiftlerin (puan ortalamaları 45.15) ve açıklanamayan sebepler olan çiftlerin (puan ortalamaları 44.82) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin infertilite tipine göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; tedavi süresi 3 – 5 yıl olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 46.39), 1 – 2 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları

45.02), 6 – 10 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 42.39) ve 11 yıl ve üzeri olan çiftlerin (puan ortalamaları 40.75) evlilik uyumlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin tedavi yıllarına göre EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın 1 – 2 yıldır tedavi gören çiftler ile 6 – 10 yıl tedavi gören çiftler, 1 – 2 yıl olan çiftler ile 6 – 10 yıl olan çiftler, 1 – 2 yıl olan çiftler ile 11 yıl ve üzeri olan çiftler, 3 – 5 yıldır tedavi gören çiftler ile 6 – 10 yıldır tedavi gören çiftler ve 3 – 5 yıldır tedavi gören çiftler ile 11 yıl ve üzeri tedavi gören çiftler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; tedavi masraflarını sosyal güvencesi karşılayan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 44.00), kendi karşılayan çiftlerin (puan ortancaları 46.00) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin tedavi masraflarını karşılama şekline göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; tedavi yöntemi olarak ilaç tedavisi alan çiftlerin (puan ortancaları 46.00), aşılama tedavisi alan çiftlerin (puan ortancaları 44.50), tüp bebek tedavisi alan çiftlerin (puan ortancaları 42.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin tedavi yöntemlerine göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın ilaç tedavisi alan çiftler ile aşılama tedavisi alan çiftler, ilaç tedavisi alan çiftler ile tüp bebek tedavisi alan çiftler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; hiç ilaç tedavisi denememiş olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00), 1 kez denemiş olan çiftlerin (puan ortancaları 46.00), 2 kez olan çiftlerin (puan ortancaları 44.00), 3 ve daha fazla olan çiftlerin (puan ortancaları 44.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin denenen ilaç tedavisi sayısına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; denenen aşılama tedavisi sayısı 2 kez olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 43.00), 3 ve daha fazla olan çiftlerin

(puan ortancaları 44.00), 1 kez olan çiftlerin (puan ortancaları 46.00) ve hiç denememiş olan çiftlerin (puan ortancaları 48.00) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin denenen aşılama tedavisi sayısına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın hiç aşılama tedavisi denememiş çiftler ile 2 kez aşılama tedavisi denemiş çiftler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; hiç tüp bebek denememiş olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00), 1 kez denemiş olan çiftlerin (puan ortancaları 44.00), 3 ve daha fazla olan çiftlerin (puan ortancaları 42.00) ve 2 kez olan çiftlerin (puan ortancaları 42.00) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çiftlerin denenen tüp bebek tedavisi sayısına göre EUÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; bu farkın hiç tüp bebek tedavisi denememiş çiftler ile 2 kez tüp bebek tedavisi denemiş çiftler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Literatürde evlilik uyumu, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve ortak amaçlara ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanmıştır (27, 28, 29). Evlilik uyumu, evliliğin zorunlu ve gönüllü niteliklerinin bir dengeye ulaşmasıdır (29). Evlilikte temel kural; eşlerin birbirlerinin biyolojik, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaıdır. Kadın ve erkeğin birlikteliğinin uyum içinde sürmesi bu ihtiyaçların karşılanmasına dayanmaktadır (112). Ayrıca, çocuk sahibi olmak evlilik uyumunu etkileyen önemli bir unsurdur. Her toplumda çocuk sahibi olmak, evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılandığından dolayı; çiftler için çocuk sahibi olmak biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir gereksinim olarak kabul edilmektedir (18, 19). Çocuk sahibi olamayan çiftler evliliklerinde olumsuzluklar yaşayabilmektedir (23, 50). Bu nedenle infertilite tanısı, çiftlerin evlilik ilişkilerinde ve uyumlarında sorunlara yol açabilir.

Literatürde çiftlerin yaş, infertilite nedeni, infertilite süresi, evlilik süresi, sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyi gibi faktörlerin evlilik uyumlarını etkilediği ifade edilmektedir (14, 16, 24, 38, 51, 131, 132). Bu açıdan infertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarının belirlenmesinde sağlık ekibi içerisinde rol alan hemşirelerin önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. İnfertilite tedavisi sürecinde, sağlık ekibinde yer alan hemşirelere, tanı ve tedavi süreci, bakım verme, eğitim ve danışmanlık rolleri gibi birçok sorumluluk düşmektedir. Hemşirenin rolü, infertil birey/çiftin tanı ve tedavi sürecinde eğitim, danışmanlık, yaşam deneyimlerinin paylaşılması açısından önemlidir. Hemşire, tanı ve tedavi işlemlerinde tıbbi işlevini yerine getirmek dışında tedavi ile ilgili karar vermede hastaya yardım etmek, tedavinin sonuçlarına rağmen çocuk sahibi olma dışında bireyin bir hayatı olduğu hatırlatmak ve bunun üzerine odaklanmasını sağlamak, kişilerarası ilişkilerini geliştirmek ve sürdürmesini sağlamak gibi stratejilerin yürütülmesinde anahtar rollere sahiptir (58). Ayrıca hemşireler, infertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarını artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenleyebilecek ve çiftlere katkıda bulunmuş olacaklardır.

Bu amaçla, araştırmada infertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarının belirlenmesi amacıyla “Evlilik Uyum Ölçeği” (EUÖ) kullanılmıştır. Bu araştırmada kadınların (puan ortalaması 44.35) erkeklerin (puan ortalaması 43.50) ve çiftlerin (puan ortalaması 43.92) evlilik uyum ölçeği puan ortalamaları ölçeğin kesme noktasından yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu bulgu araştırmanın H_0 hipotezini desteklemektedir. Ayrıca araştırmaya katılan kadınlar, erkekler ve çiftlerin evliliklerinden yüksek doyum ve mutluluk derecesine sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde infertiltenin evlilik uyumu üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan çalışmalarda, birey veya çiftlerin evlilik uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (16, 33, 34, 37, 48, 121). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ancak infertilite sorunu yaşayan çiftlerle yapılan çalışmalarda, infertilite sorununun çiftler arasında anlaşmazlığı artırdığı, cinsel ilişki sıklığını azalttığı, evlilik uyumunu olumsuz etkilediği gibi sonuçlar da belirtilmiştir (35, 36, 40-45).

Kadınlar

Bu araştırmada kadınların evlilik uyumlarını etkileyebileceği düşünölen faktörlerden biri kadınların evlilik süresidir. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre; 1 – 10 yıl arası evli olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00), 11 – 19 yıl arası evli olan (puan ortancaları 43.00) kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=2.561$, $p<0.05$) (Tablo 4.9). Yapılan çalışmalarda kadının evli kaldığı süre artıka evlilik uyumunun azaldığı belirtilmiştir (17, 51, 133). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada kadınların evlilik süresi artmasıyla evlilikten duydukları mutluluk ve doyumun azalmasının; infertilite tedavisi alan çiftlerde kadınların yıllar içinde psikolojik yönden yıpranmasından ve evlilikte geaen zamanın kadınları fiziksel ve sosyal olarak etkilediğinden kaynaklanmış olabileceği düşünölmektedir.

Bu araştırmada kadınların korunmaksızın aocuk sahibi olamama süresinin, evlilik uyumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada korunmaksızın aocuk sahibi olamama süresi 1 – 5 yıl olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00) , 6 – 10 yıl olan kadınların (puan ortancaları 45.00) ve 11 yıl ve üzeri olan kadınların (puan ortancaları 42.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($KW=7.805$, $p<0.05$) (Tablo 4.11). Yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (17, 51). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile

benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada kadınların infertilite süresi arttıkça evlilik uyumunun azalmasının çocuk sahibi olamama süresi arttıkça çiftlerin arasındaki mutuluk ve uyumun azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünölmektedir.

Bu araştırmada kadınların evlilik uyumlarını etkileyebileceği düşünölen faktörlerden biri kadınların infertilite tanı süresidir. İnfertilite tanı süresi 11 yıl ve üzeri olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 41.13), 1 – 2 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 45.67), 3 – 5 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 46.88) ve 6 – 10 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 42.98) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir ($F=3.965$ $p<0.05$) (Tablo 4.11). Gürbüz tarafından infertil çiftlerde evlilik uyumu ve depresif durumun in vitro fertilizasyon- embriyo transferi sonuçlarına etkisinin araştırıldığı çalışmasında kadınların infertilite tanı süresi arttıkça evlilik uyumunun azaldığını belirtilmiştir (51). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Oğuz tarafından infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada infertilite süresi bakımından infertilite grubu ile kontrol grubu arasında fark bulunmamıştır (17). Taşcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların infertilite süreleri ile evlilik uyumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (16). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Çalışmalarda görölen bu farklılığın her çalışma için farklı kliniklerden veri toplanması ve klinikler arası hastaların bireysel, toplumsal ve sosyo-ekonomik farklılıklarının bulunmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Bu araştırmada kadınların infertilite tedavi sürelerinin, evlilik uyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Tedavi süresi 3 – 5 yıl olan kadınların evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 46.78), 1 – 2yıl olan kadınların (puan ortalamaları 45.05), 6 – 10 yıl olan kadınların (puan ortalamaları 43.25) ve 11 yıl ve üzeri olan kadınların (puan ortalamaları 40.82) evlilik uyumlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=3.698$ $p<0.05$) (Tablo 4.11). Yapılan çalışmalarda kadının infertilite tedavi süresi arttıkça evlilik uyumunun azaldığı belirtilmiştir (17, 55). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada kadınların tedavi süresinin artması ile evliliklerinden duydukları mutuluk ve doyumun azalmasının; tedavin sürecinin uzun olması ve tedavi süreci sonucunda başarılı olmama

ihtimalinin bulunmasının kadınların evlilikleri üzerinde negatif etkilerinin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Erkekler

Bu araştırmada erkeklerin sosyo-demografik özellikleri ve infertiliteye ilişkin özelliklerine göre evlilik uyum ölçeği puan ortanca ve ortalamaları değerlendirilmiştir.

Bu araştırmada erkeklerin evlilik uyumlarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri erkeklerin yaşıdır. Erkeklerin 20 – 29 yaş evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 46.00), 30 – 39 yaş (puan ortalamaları 44.04) ve 40 yaş ve üzeri (puan ortalamaları 38.11) dahayüksek olduğu belirlenmiştir ($F=7.720$ $p<0.05$) (Tablo 4.8). Gürbüz tarafından yapılan çalışmada, erkeklerin yaşının artmasıyla evlilik uyumunun azaldığı belirtilmiştir (51). Literatürdeki çalışma bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Onat Bayram tarafından çiftlerde infertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada erkeklerin yaşı arttıkça çift uyumunun arttığı belirtilmiştir (50). Belirtilen çalışma bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermemektedir. Bu araştırmanın yapıldığı merkeze gelen erkeklerin yaşları ilerledikçe çocuk sahibi olamamalarının evliliklerini zedeleyen yıpratıcı bir durum olarak görmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada erkeklerin meslek durumunun evlilik uyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir. Memur/işçi/emekli erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00) serbest meslek sahibi erkeklere (puan ortancaları 42.00) göre yüksek olduğu saptanmıştır ($U=2023$, $Z=2.365$, $p<0.05$) (Tablo 4.8). Güleç ve arkadaşlarının tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirildiği çalışmasında infertil grubundaki erkeklerin meslek durumu ile çift uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (46). Belirtilen çalışma bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada erkeklerin meslek gruplarının evlilik uyumlarını etkilemesinin; erkeklerin mesleki kaygı taşımamasından ve yaptıkları meslekten memnuniyet duymasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada erkeklerin evlilik uyumlarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri erkeklerin korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresidir. Korunmaksızın çocuk sahibi

olamama süresi 1 – 5 yıl olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 48.00) , 6 – 10 yıl olan erkeklerin (puan ortancalar 42.00) ve 11 yıl ve üzeri olan erkeklerin (puan ortancalar 42.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KW=20.170, $p<0.05$) (Tablo 4.12). Gürbüz tarafından yapılan araştırmada erkeklerin infertilite süresi ile çift uyum ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, infertilite süresi arttıkça evlilik uyumunun azaldığı belirtilmiştir (51). Literatürdeki çalışma bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonucun çocuk sahibi olamama süresi arttıkça çiftlerin arasındaki mutluluk ve uyumun azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada erkeklerin infertilite tanı süresinin evlilik uyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. İnfertilite tanı süresi 11 yıl ve üzeri olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 40.79), 1 – 2 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 44.70), 3 – 5 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 46.68) ve 6 – 10 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 41.41) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir ($F=5.744$, $p<0.05$) (Tablo 4.12). Gürbüz tarafından infertil çiftlerde evlilik uyumu ve depresif durumun IVF-ET sonuçlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmada erkeklerin infertilite süresi arttıkça çift uyumunun azaldığını belirtmiştir (51). Literatürdeki çalışma bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu sonucun erkeklerin infertilite tanısının konması ile daha fazla üzülmeleri ve toplumun çocuk sahibi olamayan erkeğe bakış açısından dolayı evliliğinden yeterli doyum alamamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada erkeklerin evlilik uyumlarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri tedavi süresidir. Tedavi süresi 3 – 5 yıl olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 46.00), 1 – 2 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 45.00), 6 – 10 yıl olan erkeklerin (puan ortalamaları 41.53) ve 11 yıl ve üzeri olan erkeklerin (puan ortalamaları 40.67) evlilik uyumlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=4.571$, $p<0.05$) (Tablo 4.12). Literatürde bu araştırmanın bulguları ile benzerlik gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bodur ve arkadaşları tarafından infertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi üzerine yapılan çalışmada erkeklerin tedavi süresi ile çift uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (121). Şahin Yılmaz tarafından infertil çiftlerin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemleri

üzerine yapılan çalışmada da erkeklerin tedavi süresi ile çift uyumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (133). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Bu durumun erkeklerin tedavi süresi uzadıkça evliliklerinde verdikleri tepkilerin, yapılan araştırmalara katılan erkeklerin sosyal çevre farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada denenen tüp bebek sayısının erkeklerin evlilik uyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Denenen tüp bebek tedavisi sayısı 3 ve daha fazla olan erkeklerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 32.75), 1 kez olan erkeklerin (puan ortalamaları 42.49), 2 kez olan erkeklerin (puan ortalamaları 39.00) ve hiç denememiş olan erkeklerin (puan ortalamaları 44.83) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. (KW=10.315, $p<0.05$) (Tablo 4.12). Literatürde denenen tüp bebek sayısı ile erkeklerin evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sonucun, negatif sonuçlanan tedavi denemelerinin sayısının artmasıyla erkeklerin hissettiği hayal kırıklığının evliliklerine olumsuz yansımından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çiftler

Bu çalışmada çiftlerin infertiliteye ilişkin bazı özelliklerine göre evlilik uyum ölçeği puan ortalamaları ve ortancaları değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada çiftlerin evlilik uyumunu etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri çiftlerin infertiliteye ilişkin özelliklerinden korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresidir. Korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi 1 – 5 yıl olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 47.00), 6 – 10 yıl olan çiftlerin (puan ortancaları 43.50) ve 11 yıl ve üzeri olan çiftlerin (puan ortancaları 42.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KW=24.043, $p<0.05$) (Tablo 4.13). Gürbüz tarafından infertil çiftlerde evlilik uyumu ve depresif durumun IVF-ET sonuçlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmada kadınlar ve erkeklerin infertilite süresi arttıkça evlilik uyumunun azaldığı belirtilmiştir (51). Literatürdeki çalışma bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu sonucun çocuk sahibi olamama süresi arttıkça çiftlerin arasındaki mutuluk ve uyumun azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada çiftlerin infertilite tanı süresinin evlilik uyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğu bulunmuştur. İnfertilite tanı süresi 11 yıl ve üzeri olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortalamaları 40.96), 1 – 2 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 45.19), 3 – 5 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 46.78) ve 6 – 10 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 42.19) evlilik uyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir ($F=9.535$, $p<0.05$) (Tablo 4.13). Gürbüz tarafından infertilite nedenine göre her grupta 35 çift üzerinde evlilik uyumu ve depresif durumun IVF-ET sonuçlarına etkisini değerlendirildiği çalışmada infertil kadın ve erkeklerde infertilite süresi arttıkça evlilik uyumunun azaldığı belirlenmiştir (51). Repokari ve ark. yaptığı çalışmada ise infertilite süresinin evlilikte doyumsuzluğa neden olabilecek distresle ilişkili olduğu bildirilmektedir (14). Eren tarafından infertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi üzerine yapılan çalışmada kadınların ve erkeklerin infertilite süresi arttıkça sosyal sorunlarının arttığı saptanmıştır (134). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu sonucun çiftlerin infertilite tanısının konması ile daha fazla üzüntü duymalarından ve toplumun çocuk sahibi olamamaya bakış açısından dolayı evliliklerinden yeterli mutluluk sağlayamamasından kaynaklanmış olabileceği düşünölmektedir.

Bu çalışmada çiftlerin evlilik uyumunu etkileyeceği düşünölen faktörlerden biri tedavi süresidir. Tedavi süresi 3 – 5 yıl olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortalamalarının 46.39), 1 – 2 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 45.02), 6 – 10 yıl olan çiftlerin (puan ortalamaları 42.39) ve 11 yıl ve üzeri olan çiftlerin (puan ortalamaları 40.75) evlilik uyumlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=8.088$, $p<0.05$) (Tablo 4.3.1.7). Yapılan çalışmalarda infertilite tedavi süresi ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (121, 135). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermemektedir. Bu araştırmada tedavi süresinin artmasıyla evlilik uyumunun azalmasının; maddi harcamalar, tedavi süresinin artmasıyla yapılan tedavi işlemlerinin artması, çiftlerin tedavi sürecinde ve sonuçlarını beklerken duygusal olarak yıpranması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünölmektedir.

Bu araştırmada denenen tedavi yöntemlerinin evlilik uyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Tedavi yöntemi olarak ilaç tedavisi alan çiftlerin (puan ortancaları 46.00), aşılama tedavisi alan çiftlerin (puan ortancaları 44.50), tüp bebek tedavisi alan çiftlerin (puan ortancaları 42.00) evlilik uyumlarından daha yüksek olduğu

(KW=14.302, $p<0.05$) (Tablo 4.13). Dayıcan Özbek tarafından yapılan çalışmada infertilite tedavi şekli ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (55). Literatürdeki çalışma bu araştırma bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Bu çalışmada tedavi yöntemlerinin evlilik uyumunu etkilemesinin; infertilite tedavi basamaklarından ilk basamağın ilaç tedavisi, daha sonraki basamağın aşılama ve son basamağın tüp bebek tedavisi olmasından kaynaklanmış olabileceği; ayrıca tüp bebek tedavisi alan çiftlerin, ilaç tedavisi ve aşılama tedavisi alan çiftlerden; aşılama tedavisi alan çiftlerin ilaç tedavisi alan çiftlerden daha fazla sorun yaşamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada denenen aşılama tedavisinin çiftlerin evlilik uyumunu etkileyen bir faktör olduğu saptanmıştır. Denenen aşılama tedavisi sayısı 2 kez olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 43.00), 3 ve daha fazla olan çiftlerin (puan ortancaları 44.00), 1 kez olan çiftlerin (puan ortancaları 46.00) ve hiç denememiş olan çiftlerin (puan ortancaları 48.00) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir (KW=9.269, $p<0.05$) (Tablo 4.13). Literatürde denenen aşılama tedavisi sayısının evlilik uyumu üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada denenen tüp bebek tedavisi sayısının evlilik uyumunu etkileyen bir faktör olduğu saptanmıştır. Hiç tüp bebek denememiş olan çiftlerin evlilik uyumlarının (puan ortancaları 46.00), 1 kez denemiş olan çiftlerin (puan ortancaları 44.00), 3 ve daha fazla olan çiftlerin (puan ortancaları 42.00) ve 2 kez olan çiftlerin (puan ortancaları 42.00) evlilik uyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir (KW=8.570, $p<0.05$) (Tablo 4.13). Şahin Yılmaz tarafından infertil çiftlerin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemleri üzerine yapılan çalışmada, kadınlar ve erkeklerin IVF uygulaması yapıp yapılmamasına göre infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (133). Ragni ve ark. 2005 yaptığı çalışmada infertil çiftlerin IVF yapılmadan birkaç hafta önceki subjektif sağlık profilinin normal çiftlerden farklı olmadığı bildirilmiştir (135). Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Bu çalışmada, IVF tedavisi alan çiftlerin denedikleri tedavi sayısının artmasıyla evliliklerinden mutluluk ve doyum sağlayamamalarının; tedavi sayısı arttıkça çiftlerin çocuk sahibi olma umudunun azalması ve aileyi maddi açıdan olumsuz etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu çalışma, ülkemizde infertilite tedavisinin evlilik uyumunu belirlenmesi konusunda çiftlerle yapılan az sayıda çalışmalardan biri olması açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmada infertilite tedavisi alan çiftlerin evliliklerinden mutluluk ve doyum sağlamakta olması önemli bir bulgudur. Bu açıdan infertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Böylece hemşireler infertilite tanı ve tedavi sürecinde çiftlerin evlilik uyumlarını artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenleyebileceklerdir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan Elde Edilen Sonuçlar

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarını belirlemeye yönelik yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar üç grup altında incelenmiştir.

1. Kadınlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlarda kadınların;

- evlilik süresi,
- korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi,
- infertilite tanı süresi,
- infertilite tedavi süresine göre evlilik uyum ölçeği puan ortanca ve ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

2. Erkekler

Araştırmadan elde edilen sonuçlarda erkeklerin;

- yaş,
- meslek,
- korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi,
- infertilite tanı süresi,
- infertilite tedavi süresi,
- denenen tüp bebek tedavi sayısına göre evlilik uyum ölçeği puan ortanca ve ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

3. Çiftler

Araştırmadan elde edilen sonuçlarda çiftlerin;

- korunmaksızın çocuk sahibi olamama süresi,
- infertilite tanı süresi,
- infertilite tedavi süresi,
- denenen tedavi yöntemleri,
- denenen tüp bebek tedavisi sayısına göre evlilik uyum ölçeği puan ortanca ve ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Araştırmadan Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda neriler

- Kadınların ve erkeklerin evlenmeden önce evlilik okulları gibi danışmanlık hizmeti alabileceği merkezlere yönlendirilmesi,
- Çiftlerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak amacıyla infertilite tanı ve tedavisine yönelik ücretsiz merkezler oluşturulması,
- İnfertilite tıbbi tanı ve tedavi sürecinde hemşirelik bakımının aile merkezli olması,
- İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde sağlık ekibinin evlilik ilişkilerini de değerlendirmesi,
- İnfertilite tedavisi sunan birim ve merkezlerin infertilite tedavisine başlarken aileye danışmanlık hizmeti vermesi,
- İnfertilitenin evlilik ilişkisine etkileri ve biyolojik, sosyal ve psikolojik etkileri ile başetme üzerine eğitim programları ve toplum destek merkezleri oluşturulması,
- Sağlık ekibi üyelerinin işbirliği içinde çalışması ve tedavinin başarısızlığı durumunda bakım ve destek hizmetlerinin sürdürülebilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Maternity and Women's Health Care, 10th. Ed: St. Louis: Mosby Elsevier, 2012: 194-210.
2. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, 10.baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2011: 547-566.
3. Vayena E, Rowe P, Griffin P. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction held at WHO. Geneva, Switzerland; 2002.
4. Makar RS, Toth TL. The evaluation of infertility. Am J Clin Pathol. 2002;117:95-103.
5. Multiple definitions of infertility, WHO <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/> Erişim Tarihi: 21 Ocak 2017
6. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal child nursing care, 4th. Ed: Liveport Lane: Mosby Elsevier, 2010: 129-139.
7. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerna T, Vanderppoel S, Stevens GA. National, regional and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health survey. Plos Med. 2012;9:12.
8. Callahan T, Caughey AB. Blueprints Obstetrics & Gynecology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007:275-287.
9. Devine KS. Caring for the infertile woman. MCN. 2003;28(2):100-105.
10. Whitman-Elia GF, Baxley EG. A primary care approach to the infertile couple. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2001;14:33-45.
11. WHO,2014 [<http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>] Erişim Tarihi: 29 Ağustos 2018
12. Jose-Miller AB, Boyden JW, Frey AK. Infertility. American Family Physician. 2007;75(6):849-856.
13. Belker AM, Cook CL. Sperm processing and intrauterine insemination for oligospermia. Urol Clin North Am. 1987;14(3):273-284.
14. Repokari L, Punamäki RL, Unkila-Kallio L, Vilska S, Poikkeus P, Sinkkonen J, Almqvist F, Tiitinen A, Tulppala M. Infertility treatment and marital relationships:

- a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod.* 2007;22(5):1481-91.
15. Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness, WHO. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2019.
16. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Dergisi.* 2008;5(2):105-110.
17. Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. 2004, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, 109 sayfa, İstanbul.
18. Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. *Fertil Steril* 1991;56:192-193.
19. Demirci H. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. Nezihe Kızılkaya Beji (Editör). İstanbul: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları- No:4. 2001;103-117.
20. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2014;6(2):165-184.
21. Akker VD, O.B.A. Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education and Counseling*, 2005;57(2):183-189.
22. Albayrak E, Günay O. State and trait anxiety levels of childless women in Kayseri,Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007;12(4):385-390.
23. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 2007;8:140-148.
24. Lee GL, Choi WHH, Chan CHY, Chan CLW. Life after unsuccessful IVF treatment in an assisted reproduction unit: a qualitative analysis of gains through loss among Chinese persons in Hong Kong. *Hum Reprod.* 2009;24(8):1920-29.
25. Sarıdoğan ME, Karahan MF. Evli bireylere yönelik bir insan ilişkileri beceri eğitimi programının evli bireylerin evlilik uyum düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2005;38(2):89-102.

26. Jaccard J, Patricia JD. Adolescent perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior. *American Journal of Public Health*. 2000;90(9):1426-1430.
27. Demiray Ö. Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. 2006, Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 102 sayfa, Diyarbakır.
28. Burgess EW, Cottrell LS. Predicting success or failure in marriage. Newyork Thoemmes Press. 1998;2:212-236.
29. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte Uyum Ölçeğinin (EUÖ) güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *3P Dergisi*. 1999;7(1):50-57.
30. Zi C, Tanaka N, Uji M. The role of personalities in the marital adjustment of japanese couples. *Social Behavior and Personality*. 2007; 35(4):561- 72.
31. Kim JH, Shin HS, Yun EK. A dyadic approach to infertility stress, marital adjustment, and depression on quality of life in infertile couples. *Journal of Holistic Nursing*. 2016; 36(1):6-14.
32. Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2011;4:80-85.
33. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Hum Reprod*. 2006;21(12):3295-3302.
34. Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Educ Couns*. 2005;59(3):244-251.
35. Gana K, Jakubowska S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *Journal of Health Psychology*. 2014;21(6):1043-1054.
36. Domar TM. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2):293-308.
37. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Sculman RS. Coping processes of couples experiencing infertility. *Famiy Relations*. 2006;55:227-239.
38. Weaver SM, Clifford E, Douglas MH, Robinson J. Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Education and Counseling*. 1997;31:7-18.

39. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science Med.* 1997;45(11):1679-1704.
40. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effects of on infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction.* 2001;16(8):1762-1767.
41. Monga M, Bogdan A, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology.* 2004;63:126-130.
42. Becker G, Castrillo M, Jackson R, Nachtigall RD. Infertility among low-income Latinos. *Fertil Steril.* 2006;85(4):882-887.
43. Leiblum SR, Aviv A, Hamer R. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Reprod.* 1998;13(12):3569-3574.
44. Wang K, Li J, Zhang JX, Zhang L, Yu J, Jiang P. Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertil Steril.* 2007;87(4):792-798.
45. Bringhenti F, Martinelli F, Ardenti R, La Sala GB. Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76(5):431-437.
46. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2011;22(3):166-176.
47. Egelioglu Cetişli N, Serçekuş P, Oğuz N. Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2014;16(3):38-47.
48. Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. *F.N. Hem. Derg.* 2014;22(1):17-24.
49. Atay Y. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi, İlişkilerindeki Mululuk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. 2017, T.C. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 97 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ).
50. Onat Bayram G. İnfertilitenin Yaşam Kalitesi Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. 2009, T.C. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 165 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).
51. Gürbüz ŞK. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu Ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon- Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi. 2007, T.C.

- Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 161 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız Eryılmaz).
52. Orhan E. Erkek Kaynaklı İnfertilite Tanısı Almış Çiftlerde Kaygı ve Depresyon Belirtileri, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bozuklukları. 2010, T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi, 113 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Figen Karadağ).
53. Benazon N, Wright J, Sabourin S. Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *J Sex Marital Ther.* 1992;18(4):273-84.
54. Aldemir S, Eser A, Öztürk Turhan N, Dalbudak E, Topcu M. Relation of anxiety and depressive symptoms with perceived social support according to gender within infertile couples. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2015;28:328-336.
55. Dayıcan Özbek D. İnfertilite Tedavisi Uygulanan Kadınlarda Psikolojik Etkilenme Düzeyi ve Sosyal Desteğin Evlilik Uyumuna Etkisi. 2016, T.C. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 67 sayfa, Ankara (Doç. Dr. Funda Özdemir).
56. Aydın S, Kurt N, Mandel S, Kaplan M, Karaca N, Dansuk R. Female sexual distress in infertile turkish women. *Turk J obstet Gynecol.* 2015;12(4):205-210.
57. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine.* 1997;45(11):1679-1704.
58. Aşçı Ö, Kızılkaya BN. İnfertilite danışmanlığı. İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(2):154-159.
59. Akyüz A. İnfertilite Tanı Ve Tedavi Sürecinde Eğitim Ve Danışmanlık. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara: Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., 2007: s.23-29.
60. Clapp DN, Adamson DG. Physicians and Nurses: Counseling the Infertile Patient. *Infertility Counselling: A Comprehensive Handbook For Clinicians.* Burns LH, Convington SN (Eds.). New York: The Parthenon Publishing Group, p.513-525.
61. Yeşiltepe Oskay Ü, Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşiresinin Danışman ve Hasta Hakları Savunucusu Olarak Rolü. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık, 2001:p.93-102.
62. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi.* 2002;41(4):229-232.

63. Sömek A. İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. 2008, T.C. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 130 sayfa, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin).
64. Beji NK. Doğurganlıkla İlgili Sorunlar ve Hemşirenin Değişen Rolü. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları, İstanbul: İ.Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları- No:4, 2001:s.1-8.
65. Kılınç RA. Çukurova Üniversitesi'ne Başvuran İnfertil Çiftlerde İn Vitro Fertilizasyon Endikasyonları. 2007, T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 129 sayfa, Adana, (Danışman: Yard. Doç. Dr. İbrahim Ferhat Ürünsak).
66. Fathalla M. Mother or nothing: the agony of infertility. Bull World Health Organ. 2010;88:881-882.
67. Aydın S, Beji N. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 2013;10(2):8-13.
68. Terzioğlu F, Yücel Ç, Karatay G. Sigara ve infertilite. Ankara:Klasmat Matbaacılık, 2008: s.12-20.
69. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013, Bölüm 5: Aile Planlaması.
70. Case AM. Infertility evaluation and management. Canadian Family Physician. 2003;49: 1465-1472.
71. Anwar S, Anwar A. Infertility: A review on causes, treatment and management. Women's Health&Gynecology. 2016;2(6):2-5.
72. Aktürk FS. Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. 2006, T.C Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 81 sayfa, Afyon, (Doç. Dr. Mehmet Yılmazer).
73. Uğur SA. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal Ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi. 2014, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 105 sayfa, İstanbul.
74. Işıkcı T. Açıklanamayan İnfertilite Olgularında IVF Başarısı Önceden Predikte Edilebilir Mi? 2012, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.
75. Keskin GŞ. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn vitro Fertilizasyon Embriyo Transferi Sonuçlarına Etkisi. 2007, Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

76. Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşireliği, İnfertilite Hemşireliği Derneği. İstanbul, 2009.
77. Jonathen S. Berek, 2011, Berek&Novak's Gynecology. Berek & Novak Jinekoloji, 14. Baskı, Erik A, Demirtürk F, İstanbul, 2011:1185- 1259.
78. Durmazoğlu G. İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi. 2015, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 123 sayfa, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Merlinda Aluş Tokat).
79. Çevrioğlu AS. Polikistik Over Sendromunda Güncel Tanı ve Tedavi. II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi. Sakarya, 2013;s.7.
80. Çavuşoğlu İ. İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. 2015, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 109 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).
81. Şenyuva İ, Taner EC, Camuzcuoğlu A, Üstünay E, Derin G. Histerosalpingografilerinde Tubal Faktör Saptanan 100 İnfertil Hastanın Laparoskopi Sonuçları. Nobel Medıcus Dergisi. 2007;3(3):20-23.
82. Aydın Ö. İnfertil Hastalarda Uterusun Değerlendirilmesinde Salin İnfüzyon Sonohisterografisi'nin (S.İ.S) Yeri. 2009, Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları Ve Doğum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 47 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Oğuz Yücel).
83. Eryılmaz HY, Ekşi Z, Ertuğrul EG. İnfertilite Tanı Yöntemleri. Kızılkaya Beji N (Ed.). İnfertilite Hemşireliği, İstanbul: Acar Basım, s: 49-68
84. Chapman L, Durham RF. Maternal-newborn nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2010: p.30-35.
85. Özkaya M, Demirtaş A, Ekmekçioğlu O. Erkek İnfertilitesinde Endokrin Değerlendirme. Erkek Üreme Sistemi Hastalıkları ve Tedavisi. Aşçı R, Çayan S, Erdemir F, Orhan İ, Yaman Ö, Usta MF, Kendirci M, Ekmekçioğlu O, Kadioğlu A (Editörler). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 2013: s. 227-239.
86. Fritz MA, Speroff L. Günalp GS (Ed.) Klinik Jinekolojik Endokrinoloji Ve İnfertilite. 7.baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri, 2007.
87. Kırca N. İnfertilite Tedavisinde Başarılı Olmuş Kadınların Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Değerlendirilmesi. 2011, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

88. Brannstorm M, Zackrisson U, Hagstrom HG. Preovulatory changes of blood flow in different regions of the human follicle. *Fertil Steril*. 1998; 69:435-442.
89. Yumru A, Öndeş B. İnfertil çiftte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon'a doğru hasta seçimi. *Journal of Academic Research in Medicine [Elektronik Dergi]*. www.jarem.org/sayilar/14/buyuk/2012-57-602011;1:57-60.
90. Mutlu M, Baştu E, Öktem M. Açıklanamayan infertiliteye güncel bakış. *Gazi Medical Journal (GMJ) [elektronik Dergi]*. <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/viewFile/446/3932013;24:29-32>.
91. Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. 2008, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 157 sayfa, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi Gençalp).
92. Bakacak Z. Antimüllerian Hormonun IVF Sikluslarında Over Rezervini Belirlemedeki Rolü. 2005, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, 45 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Cem Fıçıoğlu).
93. Özdeğirmenci Ö, Dölen İ. Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Etik, A'dan Z'ye Yardımcı Üreme Teknikleri. Palme Yayıncılık, 2009:397-405.
94. Dickens BM, Cook RJ. Multiple Pregnancy: Legal and ethical Issues. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008;103:270- 274.
95. T.C. Sağlık Bakanlığı, Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik, 6 Mart 2010, Sayı: 27513.
96. Dalaner H. İnseminasyon Uygulanacak Kadınlarda İnseminasyon Öncesi ve Sonrası Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. 2010, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Doç. Dr. A. Şirin).
97. Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, 2005. Campbell Üroloji, 8. Baskı, Anafarta MK, Yaman MÖ, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., İstanbul, 2005: s.1437-1587.
98. Keskin G. Doğal Ya Da Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları. 2014, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Entitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 122 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Hatice Yıldız).

99. Kadioğlu A, Çayan S, Semerci, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ, Usta MF, Kendirci M. Erkek Reprodüktif Sistem Hastalıkları ve Tedavisi. İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını, 2004.
100. Arı S. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistanları Ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgilerinin İncelenmesi. 2011, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 85 sayfa, Isparta, (Doç. Dr. A. Nesimi Kişioğlu).
101. Ataman H. Doğal Ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri. 2007, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 127 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Hediye Arslan).
102. Yahşi S. Primer İnfertil Kadınlarda Psikososyal Sorunların IVF Başarısı Üzerine Etkileri. 2010, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 124 sayfa, Kocaeli, (Prof. Dr. A. Tamer Eker).
103. Ekşi B. Evliliğe hazırlık aşamasındaki karı-koca adaylarının evlilik ve anne-baba olma üzerindeki düşünceleri. Aile ve Toplum Dergisi. 2005;2(8);75-84.
104. Polat M. IVF’de Gerçek Başarı Nedir? ART’ye Hasta Seçim Kriterleri, Tedavi Kararında Etik Yaklaşımlar. 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Kongre Kitabı, Ankara.2007:s.44-46.
105. Akın H. Kontrollü Ovaryan Hiperstimulasyon Uygulanan İnfertil olgularda GnRH Antagonist ve Agonist Uzun Protokollerin Karşılaştırması. 2005, S.B. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 60 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Süha Sönmez).
106. Aksu T, Demirtaş E. Yardımcı Üreme Teknikleri içinde: Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Günelp GS, Tuncer ZS (Editörler). İstanbul: Pelikan Yayınları, 2004:s.567-583.
107. Kublay D, Oktan V. Evlilik uyumu: değer tercihleri ve öznel mutluluk açısından incelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2015;5(44):25-35.
108. Meezon W, Rauch J. Gay marriage, same-sex parenting, and America's children. Future of Children. 2005;15(2):97-115.
109. Gülerce A. Türkiye’de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1996.
110. Spanier G. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family. 1976;38:15-28.

111. Terzioğlu G, Şener A. Ailede Eşler Arası Uyuma Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 2002.
112. Sezer Ü. Aile Yapısı Ve İlişkileri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2004.
113. Ogawa M, Takamatsu K, Horiguchi F. Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsycho Social Medicine*. 2011;5(15);1-5.
114. Coltrane SL, Collins RS. Sociology of marriage and the family: gender, love and property, 5th Ed. Chicago: Cengage Learning, 2000.
115. Eğin AE. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki. 2016, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 117 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Albena Gayef).
116. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). İnfertilite. <http://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/61/infertilite> Erişim Tarihi: 29.02.2017.
117. Beatens P. Pregnancy after infertility treatment. *ESHRE Monographs: Guidelines for Counselling in Infertility*. 2002;21-22.
118. Opkong D, Orji EO. Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):259-265.
119. Özkan M, Baysal BM. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*. 2006;33(1):44-46.
120. Bayram GO, Beji NK. Effects of infertility on gender differences in marital relationship an quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics& Gynecology and Reproductive Biology*. 2012;165:243-248.
121. Bodur Eren N, Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013;38(1):51-62.
122. Sayiner FD. İnfertilite. İçinde: Birsen Karaca Saydam (Editör). *Olgularla jinekolojik hastalıklarda bakım*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2015, s. 190-198.
123. Van Den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Conselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*. 2010;81(3): 422-428.

124. Emery M, Beran MD, Darwichw J, Oppizzi L, Joris V, Capel R, Guex P, Germond M. Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Hum Reprod.* 2003;18(12):2647-2653.
125. Hosaka T, Matsubayashi H, Sugiyama Y, Izumi S, Makino T. Effects of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002;25(5):353-356.
126. Covington SN, Burns LH (Eds.). *Infertility Counseling; A Comprehensive Handbook for Clinicians.* 2th Ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
127. oşkun A, Yılmaz S, Yılmaz T. İnfertil çiftlerde eğitim ve danışmanlık süreci. Kızılkaya Beji N. (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği.* İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını Acar Basım ve Cilt San, 2009: 177-163.
128. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Guidelines for counselling in infertility. Special Interest Group & Psychology and Counselling,* 2001.
129. Özdamar K. *Paket Programlar ile istatistiksel veri analizi-1.* Eskişehir: Kaan kitapevi, 2004.
130. Tabacnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics.* 6th Ed. Essex: Pearson Education Limited, 2014.
131. Gökdağ D. *Aile Psikolojisi ve Eğitimi.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Önlisans Programı Yayınları, 2002.
132. Ulbrich PM, Coyle AT, Llabre MM. Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *J Sex Marital Ther.* 1990;16(3):147-58.
133. Yılmaz TŞ. *İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri.* 2012, T.C. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 155 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay).
134. Eren N. *İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite ile İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi.* 2008, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 115 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Behçet Coşar).
135. Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliai I, Nicolosi AE. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Hum Reprod.* 2005;20(5):1286-1291.

EKLER

EK-1

ANKET FORMU

Anket no:.....

Bu çalışma infertilite tedavisi gören çiftlerin evlilik uyumlarının belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Anket sorularına vereceğiniz cevapların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından çok önemlidir. Anket için vereceğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Adınızı soyadınızı lütfen yazmayınız. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Yüksek lisans öğrencisi Oya KAPLAN

1.Doğum Tarihinizi yazınız.(gün/ay/yıl)

.../.../...

2.Cinsiyetinizi belirtiniz.

1.Kadın

2.Erkek

3.Doğum yerinizi ilgili kutucuğa yazınız.

	Kadın	Erkek
İl		
İlçe		
Köy		

4.En uzun süre yaşadığınız yer? İlgili kutucuğa (X) işareti koyunuz.

	Kadın	Erkek
İl Merkezi		
İlçe		
Köy		

5.Öğrenim durumunuzu belirtiniz. İlgili kutucuğa (X) işareti koyunuz.

Öğrenim Durumu	Kadın	Erkek
Okur-yazar değil		
Okur-yazar		
İlkokul Mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise Mezunu		
Üniversite-Yüksekokul		

6.Mesleğinizi belirtiniz. İlgili kutucuğa (X) işareti koyunuz.

	Kadın	Erkek
Ev Hanımı		
Memur/İşçi		
Emekli		
Serbest Meslek		
Diğer		

7. Şu an çalışıyor musunuz?İlgili kutucuğa (X) işareti koyunuz.

	Kadın	Erkek
Evet		
Hayır		

8.Sağlık güvencenizi belirtiniz. İlgili kutucuğa (X) işareti koyunuz.

	Kadın	Erkek
SSK		
Bağkur		
Emekli Sandığı		
Yeşil Kart		
Diğer		

9.Aylık gelir durumunuzu belirtiniz. İlgili kutucuğa (X) işareti koyunuz.

	Kadın	Erkek
Gelir Giderden Az		
Gelir Gidere Eşit		
Gelir Giderden Fazla		

10.Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur?

- 1.Çekirdek Aile (anne,baba ve /veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)
- 2.Geniş Aile (anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)

11.Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet, her gün günde en az bir tane veya daha fazla
2. Her gün olmamakla birlikte ara sıra
3. İçmiyorum

12.Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet, her gün günde en az bir bardak veya daha fazla
2. Haftada bir iki kez
3. Ayda birkaç kez
4. Yılda birkaç kez
5. İçmiyorum

13. İlk evlenme yaşıınız nedir?

14. Kaç yıldır evlisiniz?

15. Eşinizle aranızdaki yaş farkı kaçtır?

16. Eşinizle evlenme şekliniz aşağıdakilerden hangisiyle uymaktadır?

- 1.Görücü usulü ile, önceden tanımadan
- 2.Görücü usulü ile, daha sonra tanışıp onaylayarak
- 3.Tanışıp anlaşarak
- 4.Diğer.....

17. Cinsel ilişki sıklığınız nedir?

- 1.Haftada 2-3 kez
- 2.Haftada 1 kez
- 3.Ayda 1 kez
- 4.Diğer.....

18.Daha önce bir aile planlaması yöntemi kullandınız mı? (Cevabınız hayır ise 23.

soruya geçiniz.)

- 1.Evet
- 2.Hayır

19.Hangi aile planlaması yöntemini kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1.Kondom(Prezervatif)
- 2.Doğum kontrol hapları
- 3.RİA(Spiral)
- 4.Geri çekme yöntemi
- 5.Diğer

20. Aile planlaması yöntem/yöntemlerini ne kadar süre kullandınız?

..... (ay / yıl)

21. Aile planlaması yöntemini kullanmayı ne zaman bıraktınız?

..... (ay / yıl)

22.Ne kadar süredir korunmadığınız halde çocuk sahibi olamıyorsunuz?

..... (ay / yıl)

23.İnfertilite tedavisi için sağlık kuruluşuna ne zaman başvurduunuz?

.....

24. İnfertilite tanısı süresi.....

25.Varısa, infertilite nedeni olarak doktor tarafından konulan teşhisi belirtiniz.

.....

26. Kaç aydır/yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz? (ay / yıl)

27.Tedavi masraflarınızı nasıl karşılıyorsunuz?

- 1.Kendimiz karşılıyoruz
- 2.Sosyal güvencemiz karşılıyor
- 3.Sosyal güvencemiz bir kısmını karşılıyor
- 4.Ailemiz karşılıyor
- 5.Diğer.....

28. Tedavi için işyerinden izin almakta zorluk çekiyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

29.Çocuk sahibi olamamanıza neden olan sorun kime ait?

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

30.İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde hangi testleri yaptırdınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Kan Tahlili
- 2.Hormonal Değerlendirme
3. Sperm/Semen Analizi
4. Sperm Penetrasyon Testi
5. Antisperm Antikor Testi
6. Ultrasonografi
7. Bazal Vücut Isısı Analizi
8. Endometriyal Biyopsi
9. Histerosalfinografi
10. Histereskopi
11. Laparoscopi
- 12.Diğer.....

31.Daha önce infertilite ile ilgili herhangi bir cerrahi tedavi yöntemi uygulandı mı?

1.Evet

2.Hayır

32.İnfertilite tedavisi için hangi yöntemleri denediniz?İlgili kutucuğa (X) işareti koyunuz.

İlaç Tedavisi	
Aşılama	
Tüp Bebek	

33.Daha önce kaç kez ilaç tedavisi uygulandı?

1. Hiç

2. 1 kez

3. 2 kez

4. 3 ve daha fazla

34.Daha önce kaç kez aşılama uygulandı?

1. Hiç

2. 1 kez

3. 2 kez

4. 3 ve daha fazla

35.Daha önce kaç kez tüp bebek uygulandı?

1. Hiç

2. 1 kez

3. 2 kez

4. 3 ve daha fazla

36. Daha önceki infertilite tedavisi sonrasında hiç gebe kaldınız mı?

1.Hayır

2.Evet ise;

a. doğum

b. düşük

c. dış gebelik

d. diğer

EK-2

EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ

1. Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

	*	*	*	*	*	*	*			
	Çok Mutsuz						Mutlu			Çok Mutlu
Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak (X) şeklinde belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.										
	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşma dığımız olur	Sıklıkla anlaşamayı z	Hemen her zaman anlaşama yız	Her zaman anlaşa mayız				
2. Aile bütçesini idare etme	()	()	()	()	()	()				
3. Boş zaman etkinlikleri	()	()	()	()	()	()				
4. Duyguların ifadesi	()	()	()	()	()	()				
5. Arkadaşlar	()	()	()	()	()	()				
6. Cinsel ilişkiler	()	()	()	()	()	()				
7. Toplumsal kurallara uyma(doğru, iyi veya uygun davranış)	()	()	()	()	()	()				

8. Yaşam felsefesi () () () () () ()

9. Eşin akrabalarıyla anlaşma () () () () () ()

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın yanındaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

- () Erkeğin susması ile
() Kadının susması ile
() Karşılıklı anlaşmaya varılarak

sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- () Hepsini
() Bazılarını
() Çok azını
() Hiç birini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- () Dışarıda bir şeyler yapmayı
() Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini yapmayı tercih eder?

- () Dışarıda bir şeyler yapmayı
() Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- () Sık sık
() Arada sırada
() Çok seyrek
() Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz;

- () Aynı kişiyle evlenirdiniz
() Farklı bir kişiyle evlenirdiniz
() Hiç evlenmediniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- () Hemen hemen hiçbir zaman
() Nadiren
() Çoğu konularda
() Her konuda

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

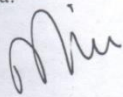
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Evlilik Uyumlarının Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	224

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Simge ZEYNELOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DİREKTÖR	Belge Adı		Açıklama	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Evlilik Uyumlarının Belirlenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	224		
KARAR BİLGİLERİ	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
Karar No:2016 /224	Tarih: 15.08.2016		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Bünyamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
İrem ELBEYLİ	MİMAR	Gaziantep Büyükşehir Belediyesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

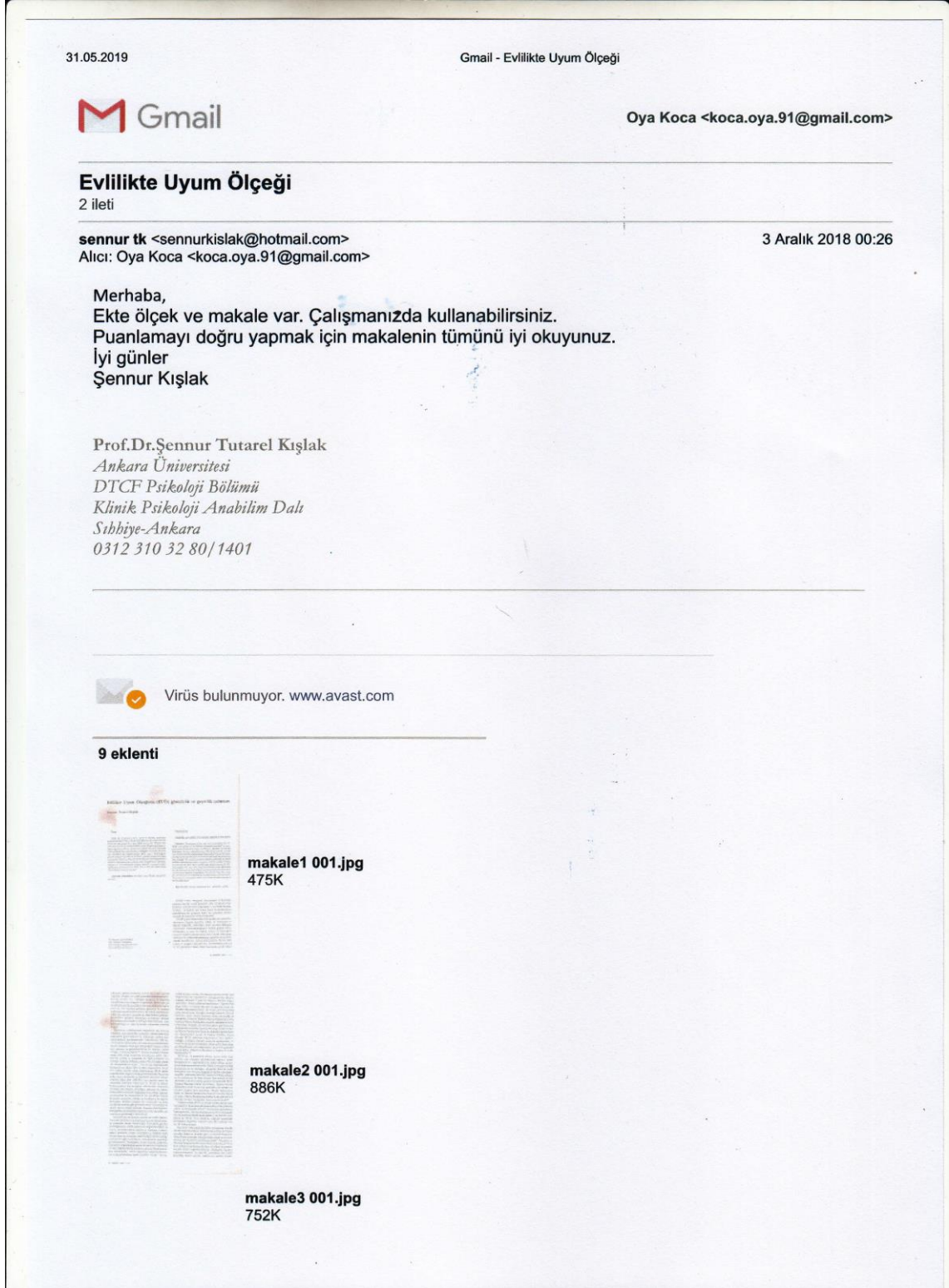
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

İmza:

Etker teslim atılır.

Oya KAPCAN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tarih ve Sayı: 28.06.2017/07

Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi:

Oya KAPLAN

Çalışma Adı:

“İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Evlilik Uyumlarının Belirlenmesi”

Komisyon Kararı:

Çalışmanın Kurumumuzda yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Op. Dr. Ali Güven FİNCAN
Tıbbi Hizmetler Başkan V.

ÜYE

Abdullah UZUNASLAN
İdari Hizmetler Başkanı

ÜYE

Selahattin TEKATLI
Mali Hizmetler Başkanı

29./06/2017

OLUR

Uzm. Dr. Ömer AYKUT
Genel Sekreter

EK-6

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Evlilik Uyumlarının Belirlenmesi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin evlilik uyumlarının belirlenmesinin araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

- Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 20-49 yaş arası evli olan,
- En az 1 yıldır infertilite tedavisi alan,
- Kronik hastalığı olmayan,
- Menapoza girmemiş,
- Premenopozal dönemde olmayan kadınların olduğu çiftler olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Size invaiv bir uygulama yapılmayacaktır. Anket formu ve Evlilik Ölçeği uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anket formunu ve evlilik ölçeğini eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurmak sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 177 çift'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dk'dır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamasının söz konusu olmadığı ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilecek olmasıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket formu ve evlilik uyum ölçeği uygulanacaktır. Bu ilaç/uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler arasında sayılabilecek bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKİNCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan anketin ve ölçeğin gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız durumunda araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan çalışma programını aksatmanız gibi nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1991 yılında Adıyaman’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Gaziantep’te tamamladıktan sonra 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi hemşirelik bölümüne girmiş, 2014 yılında mezun olmuştur. Araştırmacı 2014 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Yüksek Lisans Programı kapsamında yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Araştırmacı, 2015 yılında Kilis Devlet Hastanesi’nde hemşire olarak çalışmaya başlamıştır. 2015-2019 yılları arasında Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi’nde Yoğun Bakım Hemşiresi olarak çalışmıştır. Araştırmacı, Abdülkadir Yüksel Devlet Hastanesi’nde Eğitim Hemşiresi olarak çalışmaya devam etmektedir.

