



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ İÇİN BAŞVURAN ÇİFTLERDE ERKEĞİN EŞİNE GÖSTERDİĞİ ŞİDDET VE EVLİLİĞE UYUMU

**Dr. Elif Can HALICI
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI**

ADANA-2018



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ İÇİN BAŞVURAN ÇİFTLERDE ERKEĞİN EŞİNE GÖSTERDİĞİ ŞİDDET VE EVLİLİĞE UYUMU

**Dr. Elif Can HALICI
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI**

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-2017-9547 proje numarası ile desteklenmiştir.

ADANA-2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca yardımlarını, engin bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabrını, özverili yaklaşımını ve naif kişiliğini benden esirgemeyen akıl hocam ve danışman hocam olan Prof. Dr. Esra SAATÇI'ya,

Eğitim sürecimdeki katkı ve emeklerinden dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR'e, Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a, Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN'a, Doç Dr. Hatice KURDAK'a, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. İbrahim Ferhat ÜRÜNSAK'a,

Kapısından içeri adım attığım andan itibaren hayatıma ayrı bir anlam katan Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na, birlikte görev yaptığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve çalışanlarına, tez konusu araştırmalarımnda beni destekleyen Dr. Büşra Gizem YURTÇU'ya,

Tez sürecinde desteklerinden dolayı Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim görevlilerine ve asistan arkadaşlarıma, infertilite polikliniği hemşire ve personellerine, projemize maddi destek veren Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Fonu'na,

Her anımda yanımda olan, en büyük destekçim, canım eşim Dr. Hasan HALICI'ya, bugünlere gelmem konusunda borçlu olduğum, her dönem yanımda olan annem Ümmügülsüm SERT'e ve babam Bünyamin SERT'e, doğumuyla dünyamı anlamlandıran canım oğlum Ömer Alperen'e ve tatlı yeğenim Elif Asya'ya verdikleri güzel enerjiden dolayı çok teşekkür ederim.

Dr. Elif Can HALICI

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VII
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. İnfertilite	2
2.1.1. İnfertilitenin Tanımı.....	2
2.1.2. İnfertilite Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. İnfertilite Nedenleri.....	3
2.1.4. İnfertilitenin Değerlendirmesi.....	4
2.1.4.1. Kadının Değerlendirilmesi.....	5
2.1.4.2. Erkeğin Değerlendirilmesi.....	6
2.1.5. Yardımcı Üreme Teknikleri.....	8
2.2. Şiddet	9
2.2.1. Şiddet Tanımı.....	9
2.2.2. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı	10
2.2.3. Şiddet ve Erkeklik Algısı	12
2.2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Epidemiyolojisi	14
2.3. Evlilik Uyumu.....	15
2.3.1. Evlilik Kavramı Tanımı	15
2.3.2. Evlilik Uyumu Tanımı	16
2.3.2.1. Evlilik Uyumu İle İlgili Faktörler	17
2.4. İnfertiliteye Sosyokültürel Bakış	18
2.5. İnfertilite ve Yaşam Krizi	19
2.5.1. İnfertilite Krizinin Evreleri	19
2.6. İnfertilite ve Şiddet	20
2.7. İnfertilite ve Evlilik Uyumu.....	23

3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	27
3.3. İzinler	27
3.4. Veri Toplama Araçları	27
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	28
3.4.2. Yeniden Gözden Geçirilmiş Çatışma Taktikleri Ölçeği-2.....	28
3.4.3. Evlilik Uyum Ölçeği	28
3.5. Araştırmanın Uygulanması	29
3.6. Verilerin Analizi	29
3.7. Araştırmanın Bütçesi	29
3.8. Araştırmanın Süresi	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
6.1. Sonuçlar	60
6.2. Öneriler	61
7. KAYNAKLAR	64
8. EKLER.....	77
8.1. Ek 1. Bilgilendirme, Anket ve Onam Formu	77
8.2. Ek 2. Etik Kurul Onay Formu.....	83
9. ÖZGEÇMİŞ	84

TABLÖLER LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=286).....	31
Tablo 2. Çiftlerin infertilite tedavi durumlarına göre dağılımı	32
Tablo 3. Erkeklerin sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımı	33
Tablo 4. Katılımcıların evlilikle ilgili özelliklerine göre dağılımı	33
Tablo 5. Katılımcıların çatışma taktikleri ölçeği-2'ye göre şiddet gösterme durumları.....	34
Tablo 6. Katılımcıların evlilik uyum ölçeği'nden aldıkları puanlara göre durumları.....	34
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçeklerinden psikolojik şiddet ile ilişkileri	34
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçeklerinden fiziksel şiddet ile ilişkileri.....	37
Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçeklerinden cinsel şiddet ile ilişkileri	39
Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçeklerinden ekonomik şiddet ile ilişkileri	41
Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 ile belirlenen gösterdikleri şiddet ile ilişkileri	43
Tablo 12. Katılımcıların yaş ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçekleri arasındaki ilişki	45
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve evlilik uyum ölçeği'nden aldıkları puan... ..	46
Tablo 14. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ve evlilik uyum ölçeği puanları arasındaki ilişki	48
Tablo 15. Katılımcıların çatışma taktikleri ölçeği-2 ve evlilik uyum ölçeği puanları arasındaki ilişki... ..	49
Tablo 16. İnfertil çiftlerde erkeğin eşine uyguladığı şiddeti ölçen çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçekleri ile evlilik uyum ölçeği'nin birbirleriyle korelasyon analizi	49

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BAP	: Bilimsel Araştırma Projeleri
Ca	: Kalsiyum
ÇTÖ-2	: Çatışma Taktikleri Ölçeği-2
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUÖ	: Evlilik Uyum Ölçeği
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
IUI	: Intra Uterin İnseminasyon
IVF	: In Vitro Fertilizasyon
LH	: Luteinizan Hormon
MÖ	: Milattan Önce
pH	: Power of Hydrojen
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
USG	: Ultrasonografi
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri

ÖZET

İnfertilite Tedavisi İçin Başvuran Çiftlerde Erkeğin Eşine Gösterdiği Şiddet ve Evliliğe Uyumu

Amaç: İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, bireye spesifik, çiftlerde strese yol açan, toplumsal etiketlenmeyle sonuçlanan, cinsellikle ilgili başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşanmasına neden olan, yaşamı değiştiren bir deneyimdir. İnfertilitede, şiddeti tetikleyen veya artırabilecek pek çok faktör bulunmaktadır. Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde de olumsuzluklar yaşarlar. Bu çalışmada amaç infertilite tedavisi için başvuran çiftlerde erkeğin eşine uyguladığı şiddeti belirlemek ve bu çiftlerde erkeğin evlilik uyumunu değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini, Haziran 2017-Ekim 2017 tarihlerinde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İnfertilite Polikliniği'ne başvuran çiftlerden 286 erkek oluşturmaktadır. Araştırmada tarafımızca oluşturulan 18 soruluk Sosyodemografik Veri Formu, 31 sorudan oluşan Yeniden Gözden Geçirilen Çatışma Taktikleri Ölçeği-2'den yararlanılarak Dönmez ve arkadaşları tarafından hazırlanan ölçek ve 15 sorudan oluşan Evlilik Uyum Ölçeği kullanılarak toplanan veriler kodlanarak bilgisayara girilmiş ve SPSS 20.0 istatistiksel analiz programı aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması $34,79 \pm 7,24$ yıl olup ortalama evlilik süresi $5,87 \pm 4,86$ yıl, ilk evlilik yaşı ortalaması $26,33 \pm 5,09$ yıl olduğu bulunmuştur. Yeniden Gözden Geçirilmiş Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 sonucuna göre katılımcıların % 93,4'ü eşlerine şiddet uygulamaktadır. Çalışmamıza katılan erkeklerin uyguladıkları genel şiddet ile mevcut sosyodemografik veriler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çocuk sahibi olma ve sigara ile fiziksel ve cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ekonomik şiddet ise eş çalışma durumu ve aile tipi ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Evlilik Uyum Ölçeği sonucuna göre katılımcıların % 80,4'ünde evlilik uyumunun olduğu bulunmuştur. Çalışma durumu, daha önce infertilite tedavisi alma durumu ve kaçınıcı evlilik olduğu gibi sosyodemografik değişkenlerle evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).

Sonuç: Çalışmamıza katılan infertil çiftlerden erkeklerin eşlerine şiddet uyguladığı ve en sık uygulanan şiddet türünün psikolojik şiddet olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza katılan infertil çiftlerde erkeklerin büyük çoğunluğunun evlilik uyumunun olduğu ve infertiliteden bu açıdan etkilenmedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, Şiddet, Evlilik Uyumu, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Men's Marital Adjustment and Violence against Female Partners in Couples Applying for Infertility Treatment

Background and Aim: Infertility is a life-changing experience that brings with it medical, psychiatric, psychological and social problems, with cultural, religious and social aspects, individual-specific, leadings to stress in couples, resulting in social labeling, sexual dysfunction. There are many factors that can trigger or increase the severity of infertility. Couples failing to achieve one of the basic functions of the family institution, also experience negativities in marriage. The aim of this study was to determine the severity of violence by men to his partner and the marital adjustment level in men in couples applying for infertility treatment.

Materials And Methods: The study population consisted of 286 men from the couples applying to Cukurova University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Infertility Outpatient Clinic on June 2017-October 2017. The data was collected using the Sociodemographic Data Form, Conflict Tactic Scale-2, Marital Adjustment Scale. Data analyzed using SPSS 20.0 Statistical analysis program.

Results: The mean age men was 34.79 ± 7.24 years, the mean duration of marriage was 5.87 ± 4.86 years and the mean age at first marriage was 26.33 ± 5.09 years. Of the participants, 93.4% were violent against their spouses based on the Conflict Tactics Scale-2 results. There was no significant relationship between the overall violence by men and any of the sociodemographic data. Marital Adjustment Scale revealed that there was marital adjustment in 80.4% of men. Significant relationship was found between marital adjustment and sociodemographic variables ($p < 0.05$) including occupation, previous infertility treatment and marital status.

Conclusion: The men practiced violence against their wives and that the most common type of violence was psychological violence. In infertile couples, the majority of men had good marital adjustment and they did not seem to be affected by infertility.

Keywords: Infertility, Violence, Marital Adjustment, Family Medicine

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bir yıl düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen çocuk sahibi olamama olarak tanımlanan infertilite, çiftlerin yaklaşık % 15'inde belirlenmektedir.¹

Dünya Sağlık Örgütü dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. Türkiye'de de infertilite oranının % 10-15 olduğu yani yaklaşık 1,5-2 milyon çiftin etkilendiği tahmin edilmektedir.²

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır.³

Evlilikte uyum, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve müşterek hedeflere ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanabilir. Böyle bir uyum evli bireylerin başkaları ile olan ilişkileri ile kendi evlilik yaşamlarındaki doyum, mutluluk ve mutsuzluk gibi tüm duyguları kapsamaktadır.⁴

Aralarında sevgi ne kadar derin olursa olsun, evli bireylerin çocuksuzluğu çoğu kez onları mutsuzluğa iter, ailesel anlaşmazlıklar yaratır, karı-kocalık ilişkilerini olumsuz etkiler, çiftler arasında soğukluk girmesine ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir.⁵

İnfertilitede, şiddeti tetikleyen veya artırabilecek pek çok faktör bulunmaktadır. Çocuk sahibi olamamak, bireyler üzerinde toplumun etkisiyle daha fazla psikolojik baskı getirmekle birlikte sosyal bir damgalanma oluşturmakta ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanmasına yol açmaktadır.⁶

Erkeğin sarsılan iktidarı şiddetle yeniden kurulmaya çalışılmaktadır. Güçsüzleştirici yaşam deneyimlerinin erkeklik krizinin daha yoğun şekilde yaşanmasına neden olduğu görülmüştür. Kadın üzerinde iktidar kurma yetkisi sonucu, iktidarının sarsıldığı durumlarda kadına karşı şiddet uygulayarak erkekliğin onarılmaya çalışıldığı anlaşılmıştır.⁷

Bu çalışmada amaç infertilite tedavisi için başvuran çiftlerde erkeğin eşine uyguladığı şiddeti belirlemek ve bu çiftlerde erkeğin evlilik uyumunu değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1. İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite, kadında gebe kalamama ya da canlı doğum yapamama, erkekte de bir kadını gebe bırakamama ve istek dışı çocuk sahibi olamama olarak tanımlanabilir.⁸

İnfertilite, DSÖ'nün tanımına göre, bir yıllık korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamama olarak tanımlanmaktadır.⁹⁻¹¹

Primer infertilite, çiftin en az 12 ay boyunca düzenli olarak (haftada 2-3 kez) korunmasız cinsel ilişkide bulunmasına rağmen hiç gebelik oluşmamasına denmektedir.⁸ Sekonder infertilite, çiftin canlı/ölü doğum, erken doğum, ektopik gebelik ya da düşükle sonuçlanmış bir ya da birden fazla gebelik öyküsünün olması ancak 12 ay boyunca korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına karşın gebelik oluşmamasıdır.⁸

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, bireye spesifik, çiftlerde strese yol açan, toplumsal etiketlenmeyle sonuçlanan, cinsellikle ilgili başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşanmasına neden olan, yaşamı değiştiren bir deneyimdir.^{12,13}

21. yüzyılda özellikle sanayileşmiş ve gelişmiş batılı ülkelerde infertilite, önemli bir toplum sağlığı problemi haline gelmiştir. Bunda en önemli faktör, çocuk doğurmanın ertelenmesi olarak kabul edilmiştir.¹⁴ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) genç yaştaki kadınlarda 1965'ten beri infertilite oranının yaklaşık üç kat arttığı gösterilmiştir.¹⁵ ABD'deki azalmış fertilité ve doğum oranları kadınlar arasında artmış kariyer ve yüksek eğitim düzeyi, artmış evlilik yaşı ve boşanma oranı, doğum kontrolü ve aile planlamasındaki hızlı gelişmeler, gecikmiş doğum sayısı, azalmış aile sayısı ile ilişkilendirilmiştir. Diğer yandan infertilite oranlarının artmasında ise tanı yöntemlerindeki gelişmeler, infertilite tanısının, nedenlerinin saptanmasının artması, olası tedavi algoritmalarının çoğalması ve sigorta kampanyalarının bu müdahalelerin bazılarını ödemelerinin çoğalması da etkili bulunmuştur.¹⁵

2.1.2. İnfertilite Epidemiyolojisi

İnfertilite görülme sıklığı ve etiyolojisi her toplumda farklıdır. DSÖ tahminine göre infertil çiftlerin oranı dünyada yaklaşık % 8-12 arasındadır.³

Türkiye’de ise evli çiftlerin % 10-20’sini yani yaklaşık 1,5-2 milyon çifti etkilediği bildirilmiştir.¹⁶

Güney Asya’da % 4-6, Çin’de % 7-10 ve Amerika’da % 10 infertilite problemine sahip evli çift olduğu rapor edilmiştir.

Sağlıklı her çiftin bir ayda gebe kalma olasılığı % 20-25, altı ay içinde % 75 ve bir yıl içinde % 90 olarak belirtilmiştir.¹⁷

2.1.3. İnfertilite Nedenleri

1. Kadına ait nedenler (% 40-55)

- Ovulatuvar Bozukluklar (% 30-40)
- Tubal /Peritoneal Faktörler (% 30-40)
- Servikal ve İmmünolojik Faktörler (% 3-5)
- Uterin Faktör (% 1-2)
- Diğer

2. Erkeğe ait nedenler (% 30-40)

- Anormal Spermatogenez
- Anatomik Bozukluklar
- Endokrin Bozukluklar
- Cinsel Disfonksiyonlar

3. Açıklanamayan (% 10-15)

İnfertilitede eşlere ait ortak nedenler olarak aşağıdaki durumlar sayılabilir;

- Stres, üzüntü
- Beslenme bozuklukları
- İmmünolojik reaksiyonlar
- Psikoseksüel nedenler (sık ya da çok seyrek cinsel ilişki, uygun olmayan cinsel teknik, libido azlığı, çiftler arasında uyumsuzluk, korkular, utanma duygusu, vb.)
- Sistemik hastalıklar (böbrek-karaciğer-tiroid fonksiyon bozuklukları)
- Gonadotoksinler (kemoterapi, radyoterapi)

- Çevresel ve mesleğe ait toksinler (Kursun, arsenik hidrokarbonlar, kadmiyum, vb.)
- İlaçlar; bazı antibiyotikler (Tetrasiklin, gentamisin, neomisin, vb.), antihipertansifler (Ca kanal blokörleri), bazı antiinflamatuvar ilaçlar.
- Alkol-sigara-madde kullanımı
- Enfeksiyonlar.¹⁸

2.1.4. İnfertilitenin Değerlendirmesi

Çocuk sahibi olmak amacıyla tedavi merkezlerine başvuran çiftlerde infertilitenin tanımlanması, infertiliteye sebep olan faktörlerin belirlenerek buna yönelik tedavinin planlanması bir bütündür.

Bir yıl veya daha uzun süre korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamayan bütün çiftlere değerlendirme yapılması önerilmelidir. Ancak 35 yaş üzerindeki kadınlarda altı aylık başarısız girişimler sonrası değerlendirme yapılması gerekmektedir.^{19,20} Kırk yaş üstündeki kadınlarda da altı ay beklenmeden değerlendirme yapılmalıdır.²⁰

Fertiliteyi etkileyen belli faktörler vardır. Bunlar;

- Kadın ve erkeğin yaşı; kadınlarda fertilite 20-25 yaşlarında pik yapar, 35 yaşından sonra kaliteli oosit yapımı azalır, 40 yaşından sonra minimaldir. Erkeklerde ise 40 yaşından sonra fertilite hızı düşmektedir.

- Koitus sıklığı ve zamanlama; gebelik olasılığını arttırmanın en etkili yolu, ovulasyondan önce cinsel ilişkide bulunulmasıdır. Spermler kadın vücudunda 72 saatten fazla canlılıklarını sürdürebilirler. Ovumun yaşam süresi ise fertilize olmazsa ancak 12 saat kadardır.

- Vücut ağırlığı; aşırı şişmanlık ya da zayıflık overlerin fonksiyonlarında değişime neden olmaktadır.

- Sigara, alkol, kafein ve uyuşturucu ilaç kullanımı; sigara overler ve bütün semen parametreleri üzerinde toksik etkiye sahiptir. Alkol bir teratojendir ve embriyo üzerinde toksik etkileri vardır. Kafein, uterusu giden kan akımını azaltır ve fertilite üzerinde olumsuz etkileri vardır. Uyuşturucu madde içeren ilaçlar erkeklerde testosteron düzeyinde düşmeye neden olarak sperm kalitesini azaltır.

- Psikolojik nedenler; yetersizlik, çaresizlik, depresyon fertilitiyi etkileyen faktörlerdir.²¹⁻²⁴

İlk muayeneye çiftlerin her ikisinin de katılımı sağlanmalı ve tek tek değerlendirilmeli, her muayeneye birlikte gelmeleri teşvik edilmelidir. Bu şekilde amaçlanan daha fazla bilgiye ulaşmak ve çiftin birbirine destek olmalarını sağlamaktır. İlk adım detaylı anamnez ve fizik muayenedir. İnfertiliteye sebep olabilecek olası nedenleri saptamak, nedene göre tedavi süreci hakkında çiftleri bilgilendirmek, uygun tedavi seçeneklerini çiftte sunmaktır.

2.1.4.1. Kadının Değerlendirilmesi

Kadında infertilitenin başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi için her şeyden önce nedenin bulunması gerekir. Bunun için de öykünün alınması, klinik muayenenin yapılması, gerekli tetkiklerin uygulanması esastır.²⁵⁻²⁷

Anamnez alırken sorulması gerekenler;

- Yaş ve evlilik süresi,
- İnfertilite süresi,
- Geçirilmiş ya da mevcut sistemik hastalıklar,
- Galaktore,
- Tiroid hastalığı,
- Hirsutizm,
- Pelvik ağrı varlığı,
- Alerjiler,
- Geçirilen operasyonlar,
- Kullanılan ilaçlar,
- Siklus anamnezi (menarş yaşı, adet düzeni (süresi, miktarı, rengi, kaç günde bir adet gördüğü, dismenore öyküsü)),
- Erken menopoz ve infertilite açısından aile öyküsü,
- Geçirilen jinekolojik hastalıklar (Enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, myom-polip-tümörler),
- Gebelik, doğum ve abortus, psikolojik nedenler, daha önce kullanmış olduğu kontrasepsiyon yöntemi, şimdiye kadar uygulanan tanı yöntemleri, sonuçları, uygulanan tedaviler,

- Cinsel yaşam (cinsel ilişki sıklığı, ilişki sırasında problem yaşama durumu, cinsel ilişkiden önce ve sonraki uygulamalar vb.),
- Tütün, alkol veya diğer maddelerin kullanımı,
- Mesleki ve çevresel yaşam, ailesel ve/veya genetik hastalıklar.^{18,28,29-31}

Fizik muayenede amaç infertilitenin olası nedenlerini belirlemek olmalıdır. Vital bulgular, kilo ve boy kaydedilmeli, vücut kitle indeksi hesaplanmalıdır. Çiftler detaylı bir sistemik ve genital muayeneden geçirilmelidir. Sekonder seks karakterleri incelenmelidir.

Tiroid bezinde büyüme, nodül veya hassasiyet varlığına, meme salgıları ve özelliklerine, androjen fazlalığı bulgularına (hirsutizm, akne, erkek tipi kellik, virilizasyon) dikkat edilmelidir.

Pelvik muayene özellikle bilgilendirici olabilir. İlk muayene esnasında, mutlaka spekulum ile muayene yapılmalı, yakın zamanda yapılmış servikal smear testi yoksa servikal smear taraması yapılmalıdır. Vajinal muayenede vajina, serviks ve uterusun normal yapıda olduğu gözlenip, vajinal septum veya çift serviks benzeri konjenital anomaliler ekarte edilmelidir.³¹

Muayeneden sonra laboratuvarından istenecek bazı testler vardır: Hormonal testler; Folikül stimülan hormon (FSH), Luteinizan hormon (LH), östrodiol (E2), prolaktin, inhibin-B, TSH, T3, T4, total ve serbest testosteron, Serolojik testler: HbsAg, Anti Hbs, Anti HCV, Anti HIV, Rubella IgG (ve/veya IgM), Toxoplazma IgG (ve/veya IgM), VDRL, kan grubu ve tam kan sayımı.

Anamnez ve muayeneden sonra öngörülen nedene göre gerekli olgularda kesin tanı için diğer tetkik yöntemleri uygulanabilir (Histerosalpingografi, USG, histeroskopi, salpingoskopi, laparoskopi).^{18,29,32}

2.1.4.2. Erkeğin Değerlendirilmesi

İnfertilite nedeniyle başvuran erkeğin öyküsü, özgeçmişi ve soygeçmişi iyi sorgulanıp fizik muayenesi sistematik bir şekilde yapılmalıdır. İnfertil erkeğin değerlendirilmesindeki temel amaçlar düzeltilebilir durumları aydınlatmak, erkeğin spermi kullanılarak yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile tedavi edilebilen düzeltilemeyen durumları saptamak, hiçbir teknik ile düzeltilemeyen sadece donör inseminasyon veya evlat edinme ile tedavi edilebilen durumları saptamak, erkekte

kısırlıkla birlikte olan önemli hastalıkları saptamak, hastayı ve doğacak bebeği etkileyen kromozomal ve genetik anomalileri belirlemektir.³³

Erkek eş incelenirken öyküde araştırılması gerekenler şunlardır;³⁴

- İnfertilite süresi
- Koitus sıklığı ve seksüel disfonksiyon
- Uygulanan infertilite tedavileri
- Çocukluk hastalıkları: Kriptoörşidizm ve kabakulak orşiti hikâyesi olanlarda testiküler atrofi araştırılmalıdır.³⁵

- Gelişme öyküsü: Sekonder seks karakterleri gelişmemesi endokrinopatiyi düşündürmelidir.

- Geçirilmiş cerrahi, genital travma öyküsü: İnguinal herni operasyonu, renal transplantasyon, skrotal cerrahi yapılırken vas deferens zedelenebilir.³⁶

- Retroperitoneal cerrahi esnasında nöral yollar zedelenerek ejakulatuar bozukluğa neden olabilir.

- Sistemik tıbbi hastalıklar: Diabetes mellitus mesane boynunda regulasyon bozukluğu ve retrograd ejakülasyona sebep olur. Kistik fibrozis vas deferens yokluğu ile birlikte seyreder.

- Cinsel yolla bulaşıcı hastalık öyküsü: Duktus obstruksiyonuna yol açabilir.

- Çevresel toksinler: Gonadotoksinler olarak; çevresel toksinler, radyasyon, ağır metaller, organik çözücüler, pestisidler sayılabilir.

- Isı maruziyeti: Skrotum ısısında yükselme spermatogenezi kötü yönde etkiler.³⁷

- Kullanılan ilaçlar.^{38,39}

- Meslek: İş nedeniyle uzun süre oturmanın fertilitiyi azalttığı düşünülmüş; ancak kanıtlanamamıştır.³⁷

- Sigara, alkol, ilaç ve kokain bağımlılığı: Sigara, alkol, kokain semen kalitesini ve testosteron seviyesini azaltır.^{36,37,40}

Genel fizik muayene değerlendirmenin önemli bir parçasıdır. Burada cinsel organlarla ilgili; penis muayenesi, üretral meatusun yeri, testislerin palpasyonu ve büyüklükleri, vasların yapısı ve epididim varlığı ve yapısı, varikosel varlığı, vücut yapısı, kıl dağılımı ve meme gelişimi gibi sekonder seks karakterleri, rektal muayene gibi özelliklere dikkat edilmelidir.¹⁷

İnfertil erkeğin değerlendirilmesinde öykü ve fizik muayeneden sonra ilk istenecek laboratuvar testi semen analizidir. Klasik semen analizi en az dört hafta ara ile uygun yapılmış iki semen analizi şeklindedir.¹⁷ Normal semen parametreleri; volümü 2.0 ml ve üzeri, Power of Hydrogen (pH) 7,2-7,8, sperm konsantrasyonu 20 milyon/ml ve üzeri, total sperm sayısı 40 milyon ve üzeridir.⁴¹

Endokrin değerlendirme: Normal semen analizi olan kişilerde genelde hipotalamus- hipofiz-testis aksında bir bozukluk yoktur. Her erkeğe rutin endokrin değerlendirme gerekli değildir. Minimum hormonal değerlendirme için, serum FSH ve testosteron düzeylerinin ölçülmesi yeterlidir. Endokrin değerlendirme sperm konsantrasyonu beş-on milyon/ml'nin altında ise, bozulmuş cinsel fonksiyon mevcutsa, özel endokrin bozukluğunu düşündüren bulgular mevcutsa (kıllanma azlığı, jinekomasti, galaktore, koku alma bozukluğu) yapılmalıdır.^{42,43}

Genetik değerlendirme: Erkek infertilitesinin % 40'nın nedeni bilinmemekle birlikte, genetik faktörler bu nedenler arasında önemli bir yer tutmaktadır.⁴⁴

2.1.5. Yardımcı Üreme Teknikleri

Yardımcı üreme teknikleri, infertilite sorununu çözmeye yönelik olarak geliştirilen birçok tekniği içerir. Hastanın yaşı, infertilitenin etyolojisi, süresi gibi birçok faktör göz önüne alınarak çifte çözüm olabilecek ve ekonomik olarak da çift ve uygulamayı yapacak olan ekip için en avantajlı tekniğin seçilerek uygulanmasında yarar vardır.⁴⁵

- Zamanlanmış cinsel ilişki
- Ovulasyon indüksiyonu (ilaç tedavisi)
- Cerrahi tedavi
- İntrauterin inseminasyon (IUI)/ aşılama
- In Vitro Fertilizasyon - Embriyo Transfer (IVF-ET)
- Gamet intra fallopian transferi (GİFT)
- Zigot intra fallopian transferi (ZİFT)
- Blastokist transferi

Üremeye yardımcı tedaviler çiftler için zor bir süreçtir. İlk defa eski Mısır'da gebeliğin erken tanısı ve kısırlığın önlenmesi hakkında reçeteler kullanılmıştır. İlk tedavileri de büyücülük yoluyla domuz dişleri, fil saçları, kurbağa ve örümcek

kullanılarak yapılmaya başlanmıştır. Tedavi şekilleri arasında adaklar, mitolojik inançlar, muskalar ve sihir de kullanılmıştır.⁴⁶

2.2. Şiddet

2.2.1. Şiddet Tanımı

Şiddet kelimesi dilimize Arapça'dan geçmiştir. İlk Türkçe'den Türkçe'ye sözlük olan Kamûs-ı Türkî'de “şedi”, sert, katı ve şiddetli olarak “şiddet” ise sertlik, sert, katı davranış, kaba kuvvet kullanma olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumu sözlüğündeki tanımında karşıt tutumda, görüşte olanlara kaba kuvvet uygulama, sert davranma, sertlik, bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, duygu veya davranışta aşırılık şeklinde açıklanmıştır.⁴⁷

DSÖ tarafından şiddet; yaralanma, ölüm, psikolojik zarar veya kayıp ile sonuçlanan veya bunlarla sonuçlanması muhtemel olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye, bir gruba veya topluluğa karşı fiziksel şiddet ve gücün tehdit veya fiili olarak kasıtlı kullanımı şeklinde tanımlanmıştır.⁴⁸

Dictionary The Oxford English'e göre ‘Violence’, kişilere ya da mülkiyete zarar vermek amacıyla fiziksel güce başvurulması; bununla nitelenen eylem ya da davranış biçimi; bedensel hasara neden olacak bir işlem ya da kullanım; güç kullanarak kişilerin özgürlüğüne engel olmak gibi anlamları içerir.⁴⁹

Violence terimi latince Violentia ve Violare'den türetilmiştir. Violentia, şiddet, sert ya da acımasız kişilik veya güç anlamlarına gelirken, Violare fiili, şiddet kullanarak davranma, değer bilmeme, kurallara karşı gelmeyi ifade eder.⁵⁰ Her iki kavramın kökeninde de Vis sözcüğü bulunur. Vis, “güç, erk, yetke, şiddet, bedensel güç kullanımı demek olduğu gibi, nitelik, bolluk, öz ya da bir şeyin asıl yapısı olarak da tanımlanabilir.⁵⁰

Canlıların ya da nesnelerin doğasının içkin bir parçası olan “güç” (Vis) kendi başına hiçbir değer veya anlam ifade etmez; ancak “belirli ölçüleri aştığı veya bir düzeni bozduğu zaman ‘şiddet’ olarak algılanır.”⁵⁰

2.2.2. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı

DSÖ'nün tanımına göre kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır.³

Şiddet türlerinden biri olan kişilerarası şiddet, aile içinde uygulanan şiddet ve topluluk içi şiddet olarak iki alt gruba ayrılmaktadır:⁵¹

1. Aile İçi Şiddet: Genellikle ev içinde eş veya diğer aile bireylerinin, birbirine, özellikle kadına, çocuk ve yaşlılara uyguladığı şiddeti ifade eder.

2. Topluluk İçi Şiddet: Birbirini tanıyan veya tanımayan aile dışı kimseler arasında yaşanan şiddet olgusunu içerir.

Kadına yönelik aile içi şiddet dünya çapında özellikle kadınları etkileyen sosyal bir sağlık problemi olarak düşünülür. Şiddet ağırlıklı olarak aile üyesi erkeğin, cinsiyet temeli üzerinden, kadına yönelik gerçekleştirdiği, kadını baskı altında tutmayı ve kadın üzerinde üstünlük kurmayı amaçlayan fiziksel, cinsel, sözel, ekonomik ve duygusal (psikolojik) şiddet şeklinde ele alınabilir.

1) Fiziksel Şiddet: Fiziksel şiddet, kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır. Aile içinde yetişkinlerin birbirlerine uyguladıkları, en yaygın yaşanan ve tanımlanan şiddet türüdür. Fiziksel şiddete genellikle kadınların maruz kaldığı istatistiksel kanıtlarla gösterilmektedir. Fiziksel şiddet; itmek, tokat atmak, ısırarak, boğmaya çalışmak, tekmelemek, yumruklamak, eşya fırlatmak, fiziksel kuvvet kullanarak evden çıkmasına veya eve girmesine engel olmak, bıçak veya silah gibi aletlerle tehdit etmek, işkence yapmak gibi fiziksel gücün kullanıldığı durumları kapsamaktadır.⁵²

2) Cinsel Şiddet: Cinsel şiddet, cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır. Cinsel şiddetin varlığına işaret eden bazı davranışlar; kadına cinsel bir nesne gibi davranmak, aşırı kıskançlık ve şüphecilik göstermek, cinselliği bir cezalandırma yöntemi olarak kullanmak, sıkça başka kadınlara ilgi göstermek ve kadını aldatmak, kaba kuvvet kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak, duygusal baskı kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak, tecavüz etmek, istenmeyen cinsel pozisyonlara zorlamak ve fuhuşa zorlamak gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır.⁵³

3) Sözel Şiddet: Sözel şiddet, söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır. Sözel Şiddete ilişkin davranışlardan en belirginini, kişinin değer verdiği konulara yönelik güven sarsmak ve kadını yaralamak amacıyla belirli aralıklarla çok ağır hakaret ve sözler söylemektir. Kadını küçük düşürücü adlar takmak ve sıkça olumsuz bir şekilde eleştirmek ve alay etmek de sözel şiddet kapsamında değerlendirilmektedir.⁵⁴

4) Ekonomik Şiddet: Ekonomik şiddet, ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılmasıdır. Ekonomik şiddetin varlığına işaret eden bazı davranışlar; kadının çalışmasına, düzenli bir iş tutmasına engel olmak, ailenin ekonomik ihtiyaçlarını karşılamamak, kadının iş yaşantısında ilerlemesine yardımcı olabilecek fırsatları değerlendirmesine engel olmak çok kısıtlı harçlık verip bununla yapılması mümkün olmayan şeyler istemek ve gerçekleşmediğinde olay çıkarmak çalışmasını reddedip kadının gelirini harcamak, evi zaman zaman terk ederek giderlerle hiç ilgilenmemek gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır.⁵³

5) Duygusal (Psikolojik) Şiddet: Duygusal şiddet, duyguların ve duygusal gereksinimlerin; zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, öfke, gerginlik boşaltmak amacıyla karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır.⁵⁴ Duygusal şiddete ilişkin bazı davranışlar; sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi duygu ve duygusal ihtiyaçların göz ardı edilmesi, küçümsenmesi, dine, ırka, dile, kültürel gruba veya geçmişe ait değer verilen inançların aşağılanması veya onlara aykırı davranmaya zorlanması, kadının maddi ve manevi destek alabileceği kurum ve kişilerden soyutlanmasına yönelik olarak arkadaş ve aile bireylerinin sürekli aşağılanması, görüşmenin denetlenmesi ve engellenmesi, evden kovulma veya evden ayrılmakla tehdit edilmesi şeklinde sıralanabilir.⁵⁴

Kadına yönelik aile içi şiddet, kadınların fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen, özgürlüklerini kısıtlayan ve toplumsal yaşamda yer almalarını engelleyerek kadınları güçsüzleştiren, yaygın bir toplumsal sorun olarak yaşanmaktadır.⁷

2.2.3. Şiddet ve Erkeklik Algısı

Ağırlıklı olarak erkekler tarafından uygulanan şiddetin, erkek egemenliğine dayalı eşitsiz toplumsal cinsiyet düzeni bağlamında ortaya çıkması, toplumsal bir kurgu olarak ‘erkekliğin’ ve erkeğin anlaşılma ihtiyacını doğurmaktadır.⁷

Erkek olmak, güç ve iktidar sahibi olmakla tanımlanmaktadır. Erkek sözcüğü incelendiğinde, sözcüğün kökünün ‘er’ olduğu görülmektedir. ‘Kahraman, yiğit’ ve ‘rütbesiz asker, nefer’ anlamına gelen er sözcüğü, erkeğe atfedilen sıfatları anlamada yardımcıdır. Er sözcüğünden türetilen ‘erk’ ise, ‘bir işi yapabilme gücü, kudret, iktidar’, ‘sözü geçerlik, istediğini yaptırabilme gücü, nüfuz’ anlamına gelir. Erk’in, toplum bilimlerindeki anlamı ‘bir bireyin, bir toplumun, başka birey, küme veya toplumları egemenliği, baskısı ve denetimi altına alma, hürriyetlerine karışma ve onları belli biçimlerde davranmaya zorlama yetkisi veya yeteneği’dir.⁷

Erkek olmak; güçlü olmak, ailenin geçimini sağlamak, kadın üzerinde iktidar sahibi olmak, özgür olmak, sorumluluk taşımak, cinsel ilişki kurmak, şiddet kullanmak, askerlik yapmak ve silah sahibi olmak gibi özelliklerle tanımlanmıştır.

Erkekten beklenen her zaman güçlü, dayanıklı, sert, cesur, atılgan, mantıklı, duygularını doğrudan ifade etmeyen, gerektiğinde şiddet kullanan, ailesini ve kadını koruyan, evin geçimini sağlayan ve kadın üzerinde iktidar kuran ‘er’ kişi olmasıdır. Erkekliğe atfedilen güç ve iktidara karşın, modernleşmeyle birlikte erkeğin aile üzerindeki tartışmasız iktidarının zayıflaması ve kadınların giderek güçlenmeye başlaması, erkeklerde iktidar kaybına yönelik korkuya yol açmaktadır.

Erkeklik, güçsüzlükle tanımlanan kadınlıktan üstün olarak konumlandırılmaktadır. Erkekliğe verilen toplumsal yetki, kadın üzerinde iktidar kurması ve iktidarını sürdürebilmesi için şiddet uygulamasını da içermektedir.⁷

Erkeğin sarsılan iktidarı şiddet kullanarak yeniden kurulmaya çalışılmaktadır. Güçsüzleştirici yaşam deneyimlerinin erkeklik krizinin daha yoğun şekilde yaşanmasına neden olduğu görülmüştür. Kadın üzerinde iktidar kurma yetkisi sonucu, iktidarının sarsıldığı durumlarda kadına karşı şiddet uygulayarak erkekliğin onarılmaya çalışıldığı anlaşılmıştır.

Erkekleri, güç ve güçsüzlük ile iktidar sahibi olma ve iktidarı kaybetme gibi çelişkiler içinde bırakan erkeklik krizi, kadın üzerinde iktidarın şiddetle kurulmaya çalışılmasına neden olmaktadır. Güç ve iktidar üzerinden kurgulanan erkek, çeşitli

yaşam deneyimleriyle güçsüz bir konumda yer aldığı ya da iktidarı sarsıldığında, iktidarını şiddetle kurmaya çalışır.

Cinsellik, hegemonik erkekliğin güç ve güçsüzlük ikilemi içinde kurulduğu alanlardan biridir. Cinsel yetersizlik ve aldatılma kaygısıyla, kadının tüm toplumsal yaşantısını denetim altında tutma amacıyla geliştirilen eylemler, şiddet içerebilmektedir. Erkek cinsel organının güçle, cinsel işlevinin ise iktidar sahibi olmakla ilişkilendirilmesinden başlayarak, bekârete verilen önem ve kadın bedeninin üzerinde hak iddia edilmesi, evlilik içi tecavüz ve cinayete kadar varabilen şiddet olaylarıyla sonuçlanabilmektedir.⁷

Erkekliğin kadını ezdiği kadar erkekleri de ezdiğini belirten Atay (2004) erkekliğin, erkeklerin benliklerini üzerinde kurulan baskıyla erkekleri şekillendirdiğini ifade eder.⁵⁵

Erkeklerden beklenen iktidara sahip olmanın yerine getirilmesi için, sertliğe dayalı eylemlerin uygulanarak, benliğin ezildiğini söylenebilir. Erkekliği üreten, denetleyen ve bu kimlik altında benlikleri ezilen erkekler, erkek olmayı sürekli mücadele ederek ve ağır sınavlardan geçerek başarmaya çalışır. Erkekliğin farklı pratikleri üzerine kültürler arası araştırma yapan Gilmore'da, erkekliğin zor ve stresli ritueller sonucunda toplumsal olarak onaylandığını, eziyet dolu sınavlar sonucunda elde edilebilecek bir ödül olduğunu, bu nedenle erkeklerin erkekliği tam olarak elde etmelerinin 'büyük bir imkânsız' olduğunu dile getirir.⁵⁶

Erkeklerle kadınlar ve diğer erkekler arasındaki hiyerarşiye dayalı olan ataerkil iktidar, erkeklere şiddet kullanma yetkisinin verilmesiyle kurulmakta ve sürdürülmektedir. Erkeğin ayrıcalık taşımasının hak olduğuna dair inanç, kadın ve erkekler tarafından onaylanarak, şiddetin meşrulaşmasına katkıda bulunmaktadır.⁵⁷

TNSA-2013'te kadınlara, bir erkeğin eşine değişik nedenlerle fiziksel şiddet uygulamasını doğru bulup bulmadıkları sorulmuştur. Fiziksel şiddet yaşanmasına ilişkin en az bir nedeni kabul eden kadınların oranı % 13'tür.⁵⁸

Erkeklik krizi çerçevesinde, kadın üzerinde iktidar kurma stratejisi olarak şiddeti incelemek, şiddetin sonlandırılmasına yönelik çalışmalara ışık tutabilmesi açısından önem taşır.⁷

2.2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Epidemiyolojisi

Kadına yönelik şiddet, yapılan antropolojik çalışmalara göre Papua Yeni Gine’de bazı yerli toplulukları dışında dünyada nerdeyse her toplumda görülmektedir.⁵⁹

Kadına yönelik aile içi şiddetin yaygınlığı ABD’de % 36, Japonya’da % 67 ve Bosna-Hersek’te % 75,9 olarak bildirilmiştir. İran’da şiddet oranları % 47,3-88,3’e kadar değişim göstermektedir.⁶⁰

Kadına yönelik aile içi şiddet, Türkiye’de de yaygın bir sorun olarak yaşanmaktadır. Türkiye’de kadına yönelik şiddetin araştırılmasına yönelik çalışmaların geçmişi kısadır ve sayıları oldukça sınırlıdır. Bu konudaki ilk çalışma bir kamuoyu şirketi olan PİAR tarafından 1988’de yapılmış ve kadına yönelik şiddet sıklığı % 75 olarak bulunmuştur.⁵⁹

Türkiye çapında yapılmış başka bir araştırmada eşleri tarafından evlilikleri boyunca en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların oranı % 32,7 olarak belirlenmiştir. Boşanmış ya da ayrılmış kadınlarda bu oran % 78’lere çıkmaktadır. Kadınların % 14’üne eşleri tarafından cinsel şiddet uygulanmıştır.⁶¹

Yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten evli kadınların oranı % 39,3 olarak saptanmıştır. Şiddet ile bölgeler arasındaki ve medeni durumların farklılıkları dikkat çekicidir. Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan her iki kadından biri, eşinin veya birlikte olduğu kişinin fiziksel şiddetine maruz kaldığını belirtmiştir. Batı Marmara, Ege Bölgesi ve İstanbul’da bu oran % 25 ile % 35 arasında değişmektedir. Boşanmış veya eşinden ayrı yaşayan kadınlar arasında fiziksel şiddet deneyimi % 73’e kadar çıkmaktadır. Bekar kadınların ise % 9’u erkek arkadaşları ya da nişanlıları tarafından fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Sadece son 12 aya bakıldığında ise her on kadından birinin fiziksel şiddet yaşadığı anlaşılmıştır.⁶²

Kadına şiddet uygulayan erkeğin, psikolojik sorunları olduğu temelinde gelişen yaklaşımlar, bunu dürtü denetiminin zayıflığı, öfke denetiminin gerçekleştirilememesi, engellenmeye karşı aşırı hassasiyet, terk edilme korkusu, yakınlaşma ve bağlanma korkusu, kronik depresyon ve gelişim dönemlerinde anne baba tarafından reddedilme ve şiddet görme gibi olumsuz yaşam deneyimleri ve alkol ve madde kullanımı gibi gerekçelerle açıklamaktadırlar.⁶³

2.3. Evlilik Uyumu

2.3.1. Evlilik Kavramı Tanımı

Aile toplumla ilgili en küçük sosyal birimdir. Bütün toplumlarda aile birey için hayat merkezi, bireyin içinde bulunduğu en önemli ve asli sosyal grup, üyeleri arasındaki ilişkilerden ve ilişkilerin yapılaşmasından doğan bir kurumdur.⁶⁴

Evlilik, yaklaşık MÖ 2000 yılından günümüze kadar temel niteliklerini koruyarak devam eden ve vazgeçilemeyen bir kültür olgusudur.^{65,66}

Evlilik; kadın ve erkeğin birlikte yaşamak üzere karşılıklı anlaşma ile kurdukları, aileyi oluşturan en küçük sosyal kurumdur. Bu sosyal yapı aynı zamanda, sevgiyi, cinselliği, arkadaşlığı paylaşmayı ve yaşamın güçlükleri ile güzelliklerini birlikte yaşamayı da beraberinde getirir.⁶⁷

Evlilikte amaçlanan; kişilerin bir arada yaşamalarını, düzenli bir sosyal yaşam içinde birbirleriyle işbirliği yapmalarını kısacası hayatı paylaşmalarını sağlamaktır.⁶⁸

Genel olarak evlilik iki basit şekilde değerlendirilebilir: İlk terim evliliğin iptali, boşanma, ayrılık, terk etme gibi konulan içeren evlilik sürekliliği kavramıdır. Diğer terim ise, eğer evlilik devam ediyorsa evlilik kalitesi kavramıdır. Evlilik uyumu, evlilik doyumu, mutluluğu, evlilik bütünlüğü kavramları evlilik ilişkisinin kalitesini tanımlamak için kullanılan kavramlardır.⁶⁹

Evliliğin niteliğini yordamada uyumun daha önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle evliliğin niteliğini değerlendiren çalışmalarda sıklıkla çift uyumunu değerlendiren ölçekler kullanılmaktadır.⁴

Evlilik kurumu üç temel motivasyona dayanır:

- Biyolojik Motivasyon: Uzun süreli beraber yaşama ve kendi cinsinden nesiller üretme arzusu, karşı cins ile ilişki hazzı, beraberliği ve kendini koruma arzusudur.
- Psikolojik Motivasyon: Arzu duyduğu karşı cins tarafından beğenilme, sevilme, sevmeye, kendi çocukları ile beraberliğin sürekli oluşundan duyulan güven ve hazzıdır.
- Sosyal Motivasyon: Toplumun beklentilerine, yasalarına uyarak yaşamının verdiği rahatlık, toplumda kabul edilen değerlere uyumla kazanılan saygınlık hazzı ve güvendir.⁷⁰

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

Evliliğin işlevlerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Evlilik, cinsel güdünün sağlıklı ve meşru yoldan doyurulmasına imkan ve ortam sağlar.
- Bireylerin kendilerini aile ve toplum içinde güvende hissetmelerini sağlar.
- Doğacak çocukların dünyaya gelmelerine meşru ortam ve uygun koşullar sağlar.
- Evlilik bağıını öngören bazı hakların elde edilmesine imkan verir (örn: miras, sosyal güvenlik hakları vs).
- Evlilik, daha iyi yaşam koşullarına ulaşmada ekonomik güç yaratır.
- Evlilikteki işbölümü ve işbirliği yaşamı kolaylaştırır.⁶⁸

2.3.2. Evlilik Uyumu Tanımı

Evlilik ilişkisi, evlilik uyumu, evlilikte doyum 1930'lu yıllardan bu yana pek çok araştırmanın konusu olmuştur. Evliliğe ilişkin kavramlar arasında görüş ayrılıkları ve tartışmalar günümüzde de hala devam etmektedir. Dolayısıyla evlilik ilişkisi incelenirken, kavramların tanımının çok iyi yapılması ve eşler arasındaki uyumun, çatışmanın ve doyumun farklı kavramlar olduğunun anlaşılması gerekmektedir.⁷¹

Evlilik uyumu ile evlilik doyum kavramları aralarında bağıntı olması nedeniyle sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Doyumlu çiftlerin aynı zamanda uyumlu oldukları ifade edilerek, bu iki kavramın farklı kavramlar olmadığı ileri sürülmektedir. Ancak bazı araştırmacılar doyumun ve uyumun iki farklı kavram olduğunu belirtmektedir.⁷¹

Evlilikte uyum, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve müşterek hedeflere ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanabilir. Böyle bir uyum evli bireylerin başkaları ile olan ilişkileri ile kendi evlilik yaşamlarındaki doyum, mutluluk ve mutsuzluk gibi tüm duyguları kapsamaktadır.⁴

Evlilik doyumunu ise bireylerin ilişkilerinin tüm yönlerinde hissettikleri öznel mutluluk ve hoşnutluk duyguları olarak tanımlanmaktadır.⁷¹

Evlilikte temel kural; eşlerin birbirlerinin biyolojik, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamasıdır. Kadın ve erkeğin birlikteliğinin uyum içinde sürmesi bu ihtiyaçların karşılanmasına dayanır.⁶⁸

- Biyolojik ihtiyaçlar: Biyolojik bir ihtiyaç olan cinsel güdünün doyurulması evliliğin temel ihtiyaçlarından birisidir. Eşlerin cinsel yönden uyum içinde olması,

birbirlerinin cinsel istek ve beklentilerini karşılama, cinsel güdünün doyurulması, evliliğin mutlu devam etmesi için gerekli koşulların başında gelir.

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

- Psikolojik ihtiyaçlar: Evlilik pek çok psikolojik ihtiyacın doyurulduğu bir kurumdur. İnsan için en önemli ihtiyaçlardan biri olan sevgi, evlilik birliğinin sürmesinde hayati önem taşır. Eşler birbirini koşulsuz sevebildiğinde, birlikte olmaktan haz duyup, sevinci ve kederi paylaşabildiğinde bu ihtiyaçlar doyuma ulaşabilmektedir. Eşler birbirlerinin bu ihtiyaçlarını karşılayabildikleri ölçüde, evlilikte uyum ve denge sağlanabilir.⁶⁸

Evlilik kalitesi; evlilik uyumu, evlilik doyumu, mutluluğu, evlilik bütünlüğü kavramlarını kapsayan genel bir kavramdır, evli çiftlerin ilişkilerinin öznel olarak değerlendirilmesidir.

Yüksek evlilik kalitesinin, iyi uyum, etkin iletişim, evlilik ilişkisinde yüksek doyum ve mutluluk derecesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.⁷¹

2.3.2.1. Evlilik Uyumu İle İlgili Faktörler

Evlilik uyumu; bir evliliğin zorunlu ve gönüllü niteliklerinin bir dengeye ulaşmasıdır. Mutlu eşler ne denli birbirlerini istedikleri için evlendiklerini belirtse de, her evlilikte gelenek, görenek ve yasalara bağlı bazı zorunluluklar vardır. Bir evlilik tümüyle gönüllü veya tümüyle zorunlu bir ilişki haline gelmişse, bu evlilikte uyumun bozulması, sorunların çıkması kaçınılmaz olur. Böylece evliliğin tüm heyecanı ortadan kalkmaya ve eşler arasında çatışmalar çıkmaya başlar.⁷²

Evlilik uyumu birçok faktörle ilişkilidir. Bunlar;

1. Bireysel Özellikler:

- Sorunlar (Stresle başa çıkma güçlüğü, işlevsel olmayan düşünceler, aşırı tepkisellik, aşırı kızgınlık ve saldırganlık, tedavi edilmemiş depresyon, kronik irritabilite, aşırı utangaçlık)

- Olumlu Özellikler (Dışadönüklük, esneklik, özgüven, iddialılık, teslimiyet, aşk)

2. Çift Özellikleri:

- Sorunlar (Negatif ilişki tarzları)

- Olumlu özellikler (İletişim becerileri, çatışma çözme becerileri, kaynaşma, yakınlık, güç paylaşımı veya kontrolü, uzlaşma)

3. Çevresel Etmenler: Aile kökeninin etkileri, aile sürecinin izleri, aileden bağımsızlaşabilme, anne babanın evliliği, anne babanın ve arkadaşların desteği, iş stresi, ebeveyn olmanın stresi, dışarı uğraşlarının gerilimi, diğer stresörler (borçlanma, sağlık, eşin yakın akrabaları).⁷⁰

2.4. İnfertiliteye Sosyokültürel Bakış

Birçok kültürde infertilite ile ilgili yanlış inanç ve değerler söz konusudur. Örneğin infertilitenin sıklıkla kadına ait bir sorun olarak ele alınması, genellikle nedenlerin fiziksel olmasına karşın, infertilitenin psikolojik faktörlerden kaynaklandığı inancı ve tedavi edilemezliğine olan inanç ya da cinsel bir hastalık olduğu gibi yanlış düşünceler yaygındır. İnfertilitenin sadece eşlerin değil, bütün olarak ailenin fiziksel psikolojik ve sosyal dengesini bozan önemli bir sağlık sorunu olduğu düşünülebilir. Yasal olarak boşanma nedeni olmamasına karşın aile ilişkilerini ve geçimini etkilediğinden dolayı boşanmanın bir nedeni olabilir.⁷³

Japonya’da ve Kore’de infertil kadın “taştan yapılmış kadın” anlamına gelen kavramla adlandırılır.⁷⁴

Kore kültüründe kadınların erkek çocuk doğurması zorunludur. Çocuğu olmayan bir erkek defalarca evlenebilir ya da eşini boşayabilir. Erkek eşini boşadığı zaman toplum erkeği suçlamaz fakat kadın eşini boşayamaz. Erkekler genellikle infertilite teşhis ve tedavilerine katılmaktan çekinirler.⁷⁵

Bir Çin atasözüne göre bir aileyi lekelemenin üç yolu vardır bunlardan en önemlisi çocuksuzluktur. Çin kültüründe çocuk yapmak evliliğin en önemli amacıdır.⁷⁶

Türk toplumunda da çocuksuz ev düşünülemez. Evlilik, çocuk sahibi olmakla eş değer tutulduğu için döl vermeyen evlilik yürümez. Çocuksuz ev tütmeyen ocak gibidir. Çocuk doğurmamak kadın için bir sağlık sorunu değil, bir eksiklik bir ayıptır. Çocuksuzluk aşağılayıcı bir durumdur.^{77,78}

2.5. İnfertilite ve Yaşam Krizi

Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite, beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur.⁷⁹ DSÖ infertiliteyi sosyal bir hastalık olarak bildirmektedir.⁸⁰

Türk toplumu diğer toplumlarda olduğu gibi infertiliteyi bir kriz olarak dikkate alır. Fakat geleneksel yapıdaki toplumlarda aşırı baskı sorunun ciddiyetini arttırır ve evliliğin temel unsurlarından biri gebe kalma yeteneği olarak görülür. Bu yüzden infertil çiftlerde kısırlık ciddi bir engel olarak kabul edilir.^{77,81-83}

Çocuk sahibi olmak çiftler için önemli bir hedeftir. İnfertilite çiftin ilişkini olumsuz etkilediği için, en önemli kriz nedenlerinden biridir.⁸⁴

İnfertilite tanısı, çiftlerin evlilik yaşantısında, daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir. Bu kriz çiftler için, hem bireysel hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken bir durumdur.^{6,85}

2.5.1. İnfertilite Krizinin Evreleri

İnfertilite krizi evreleri terminal dönemdeki hastanın yakınlarında yaşanan yas sürecine benzemektedir. Ancak infertilitede yaşamı tehdit eden ölümcül bir durum söz konusu değildir, yaşam kalitesi ve evlilik uyumu tehdit altındadır. Ayrıca infertilite ölümcül hastalıkta olduğu gibi bireyleri bir araya getirip yakınlaştırmaz, tam tersine çiftlerin birbirinden ve çevrelerinden uzaklaşmalarına neden olur.⁸⁶⁻⁸⁹

İnfertilite kriz evreleri şunlardır:

- 1) Şok, inanmama ve inkar
- 2) Anksiyete
- 3) Kontrol kaybı
- 4) Yalnızlık ve yabancılaşma
- 5) Suçluluk ve öfke
- 6) Depresyon ve yas
- 7) Gerçekleri kabul etme ve uyum
- 8) Çözümleme

İnfertilite krizinde ilk evre şok ve inanmama evresidir. Çift infertilite olasılığına hazırlıksızdır, sürekli bir gebelik ümidi vardır ve adet döneminde gerginlik ve ümitsizlik yaşarlar.

Şok evresini inkar evresi izler. Bu evrede çiftler, çocuk sahibi olamamanın nedenini yaşadıkları yoğun stres, yorgunluk, geçirilen grip ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye girmeme gibi gerekçelerle geçiştirmeye çalışır.

Bir sonraki evre olan anksiyete evresinde infertilite tedavisi gören kadın, bedeni ‘işgal ediliyor’ veya ‘saldırıya uğruyor’ gibi hissedip yoğun korku yaşayabilir. Kişilerde eşi tarafından terk edilme endişesi ortaya çıkar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde ‘yetersiz ve eksik’ olmaktan, ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. Eşler tıbbi yardım almaktan utanabilir. Tetkikler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyete artar. Yukarıda bahsedilen duyguların devam etmesi eşlerde yalnızlık ve yabancılaşmaya yol açar. Destek ve öneriye açık olan infertil çift acınma ve merhamet istemez. Karı-koca sadece dış dünyadan değil, birbirinden de uzaklaşır ve yabancılaşır.⁸⁵

İnfertilite krizinin başka bir şekilde evrelendirilmesi de Blenner tarafından yapılmıştır. 25 infertil çift üzerinde yapılan çalışma sonucunda Blenner infertiliteye özgü 8 evre ileri sürmüştür.⁹⁰

Blenner’ın infertilite krizi evreleri şunlardır:

- 1) Olayın farkına varma: Problemin farkına varılır.
- 2) Geçekle yüzleşme: Neden ben? sorusu gündeme gelir.
- 3) Umut ve azim: Tedavi süreci başlar.
- 4) Tedavinin yoğunlaşması: İnfertilite tedavisi yaşamın odağı haline gelir.
- 5) Kısır döngü: Başarısız tedavi sonuçları üzüntü yaratır.
- 6) Tedaviye devam: Yaşamın adaletsiz olduğu kabul edilir ve tedavi sürdürülür.
- 7) Tedavinin bırakılması: Uğraşlar sonuçsuz olduğundan çift pes edebilir.
- 8) Odak değiştirme: Yas tutma, boyun eğme, evlat edinme ve çocuksuz yaşam gibi çözümlerden birine karar verilir.

2.6. İnfertilite ve Şiddet

Üreyebilme kapasitesi erişkin gelişimi ile kimliğinin önemli parçalarından biridir. Çocuk sahibi olma arzusu; cinsiyet, yaş, ırk, din ve sosyal sınıf gözetmeksizin toplumsal

bir anlam kazanmıştır. Bunun sonucu infertil çiftler, sosyal damgalamanın toplumdan dışlanma ve boşanma gibi açık ya da izolasyon ve ruhsal sıkıntılar gibi daha güç fark edilen farklı biçimlerini yaşayabilmektedir. Kùltürler, üremeleri için çiftler üzerinde çok fazla toplumsal baskı oluştururken, duygusal yükün kadın ve erkek üzerinde farklı etkileri olmaktadır.^{91,92}

Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama, kontrol kaybı, psikolojik eksiklik, kendini kadın toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma, sosyal güvence azlığı, sosyal rol eksikliği ve benlik saygısında azalmadır. Çocuksuzluğun erkek yönünden psikolojik anlamı ise doğurtamama, psikolojik eksiklik, yalnız kalma, iş hayatında destek eksikliği, soyunun devamının sağlanmaması, sosyal rol eksikliği ve sosyal güvence eksikliğidir.^{32,93,94}

Çocuk sahibi olamamak, bireyler üzerinde toplumun etkisiyle daha fazla psikolojik baskı getirmekle birlikte sosyal bir damgalanma oluşturmakta ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanmasına yol açmaktadır.⁶

Kùltürel olarak infertilitenin sadece kadının sorunu olduğu algısı nedeniyle, kadınlara yönelik şiddet erkek egemen toplumsal yapıda daha sık meydana gelmektedir.⁸⁴

İnfertilitede, şiddeti tetikleyen veya artırabilecek pek çok faktör bulunmaktadır. Kocacık ve Doğan (2006)'ın çalışmasında, kadına yönelik aile içi şiddet ve eşlerin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.⁹⁵ Benzer şekilde, Akyüz'ün çalışmasında, evlilikte şiddet düzeyi, infertilite tedavisi uzun süren kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Uzun süren ve başarısız infertilite tedavi döngüleri evlilikte şiddete yol açabilecek stresi yoğunlaştırdığı öne sürölmektedir.⁸⁴

İnfertiliteden sürekli kadının sorumlu tutulduğu görölmekte ve kadınlar bunun sonucu olarak sosyal ve ekonomik olarak cezalandırılmaktadır.⁹⁶

İnfertil kadınlar toplumsal eşitsizlik ve adaletsizliklerden daha fazla etkilenmekte hatta şiddete maruz kalmaktadır.⁹⁷

Aile içi şiddetin yaygınlığı dünya çapında yaklaşık % 15-71 ile farklı bir geniş bir orana sahiptir. DSÖ 2005 raporuna göre, erkek eş/partner tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların % 13-61 oranında olduğu belirtilmiştir.⁸⁴

Türkiye genelinde 56 ilden 1800 evli kadınla yapılmış “Kadına Yönelik Şiddet” araştırmasında; eşinden en az bir kez fiziksel şiddet gören kadınların oranı % 37 olarak saptanmıştır.⁹⁸

Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, % 34 ailede kadına yönelik fiziksel şiddet varken, % 53’ünde sözel şiddetin var olduğu ortaya konmuştur.⁹⁹

İnfertilite deneyimi saldırganlık, öfke, ekonomik durumunda bozulma, kınanma, boşanma, kamusal izolasyon, sosyal statüde azalma, yoksunluk, damgalanma, güç ve rol kaybı, özsaygıda azalma, hayal kırıklığı ve şiddete yol açmaktadır.^{100,101}

Kadın infertilitesi varlığında, kadınların eş ya da partnerden gördüğü şiddet yaygınlığı, Nijerya’da % 41,6, Türkiye’de % 33,6, Pakistan’da % 64, İran’da % 61,8, Hindistan’da % 77,8, Hong Kong’da % 1,8 olarak bildirilmiştir.¹⁰²⁻¹⁰⁴

Ardabil ve ark.’nin Tahran’da infertilite merkezinde yaptığı çalışmada, infertil kadınların % 61,8’nin infertilite sorunu nedeniyle aile içi şiddet maruz kaldıkları bildirilmiştir. Psikolojik şiddet, % 33,8 ile infertil kadınlarda aile içi şiddetin en yaygın türü olarak görüldüğü, bunun % 14 ile fiziksel şiddetin takip ettiği ve % 8’inde cinsel şiddet maruz kaldığı, % 6’sının infertil kadınlarda yaralanmaya yol açtığı tespit edilmiştir.¹⁰³

Nijerya’daki infertil kadınların % 41,6’sının infertilite sonucu evlilikte aile içi şiddet yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmada infertil kadınlarda en sık % 51,5 oranında psikolojik şiddetin görüldüğü, kadınların % 39,2’sinin sözel şiddete maruz kaldığı ve %27,8’inin alay edilerek, şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır.^{105,106}

Çocuğu kadın doğurduğu için, infertilite durumunda hep kadın suçlanmaktadır. Oysaki infertilitenin yaklaşık üçte biri kadından, üçte biri erkekten, üçte biri her ikisinden kaynaklanmaktadır. Bu sorumluluğu yerine getirmedeki başarısızlık çiftin sosyal hayatını, duygusal durumunu, medeni ilişkilerini, gelecek planlarını benlik saygısını ve beden imajını olumsuz etkiler. Doğurganlık ani ve beklenmedik yaşam krizi olarak kendini gösterir, tanı sürecinin uzaması ve adaptasyon sürecindeki sinirlilikler bireylerde aşırı derecede stres oluşturur.^{84,103}

Türkiye’de Van’da yapılan bir çalışmada, 122 infertil kadından 41’inin aile içi şiddete uğradıkları saptanmıştır. Bu kadınların 32’sine şiddet, infertilite tanısını alması sonrası eşleri tarafından ilk kez uygulanmıştır. Sözlü tacizin, aile içi şiddetin en yaygın türü olduğu (% 63,4), kadınların alay (% 43,9) ve şiddet tehditlerinin (% 39) ardından

sözel şiddete maruz kaldıkları, % 29,2'sinin ekonomik şiddete maruz kaldığı, infertil kadınların % 7,3'ünün cinsel ilişkiye zorlanma şeklinde cinsel şiddet gördükleri belirtilmiştir.¹⁰²

İnfertilite ve şiddet arasında her zaman ilişki bulunmuştur. Kızılderili geleneklerine göre erkeğin kısır eşini bağlayıp etrafında ateş yakarak işkence yapma hakkı vardı. Bazı ileri kültürlerde bile erkeklere kısır karılarını asma hakkı verilirdi. İngiltere'de kraliyet döneminde, eşlerin kısır karılarını boşama hakkı vardı.¹⁰⁷

Bazı eski kültürlerde infertil kadınlar eşlerinin soyunu devam ettiremedikleri için; sadece aşağılayıcı sözlere değil; boşanma (İngiltere Krallığı), sandalyeye bağlanarak diri diri yakılma (Hint kültürü), iple asılma gibi cezalara da maruz bırakılmışlardır. Birçok eş değiştiren VIII. Henry, altı evliliğinin bozulmasına neden olarak; eşlerinin soyunu devam ettirecek erkek çocuğu dünyaya getirememelerini öne sürmüştür. Fransa kralı XVI. Louis ve eşi Marie Antenoitte de infertilite sorunu yaşamışlardır. Kralın sperm sayısı normal olduğu ancak; spermilerin 'penetre etme yetersizliği' 'hidrosel' mi, 'fimozis' mi olduğu konusunda tıpta çelişkili bilgiler olmasına rağmen, uzun yıllar boyunca Fransa halkı öfkeli bir şekilde varis doğuramadığı için; Marie Antoneitte' i eşcinsellikle suçlayıp, 'Avusturyalı fahişe' şeklinde damgalamıştır.¹⁵

Günümüzde gelişmiş modern tıp, artmış öğrenme düzeyi ve derinleşmiş sosyal farkındalığa rağmen infertil kadınlar hala bir takım şiddet olaylarına maruz kalmaktadır.

2.7. İnfertilite ve Evlilik Uyumu

Çocuk sahibi olmak, insan yaşamının önemli aşamalarından biri ve her evli çiftin özlem duyduğu bir durumdur. Toplumun gelişmesi ve nesillerin devamı buna bağlıdır.¹⁰⁸

Üreme yeteneğinin kendi kontrolleri dışında azalması ya da yok olması ve çok istedikleri halde çocuk sahibi olamamak infertil çiftler için oldukça zor bir sorundur. Evli çiftler, doğurganlığın kontrolü konusunda sıklıkla düşünmelerine rağmen infertilite olasılığına karşı hazırlıksızdır. Genellikle infertilite tanısı, çocuk isteğinin en yoğun olduğu zaman konulmakta ve çiftler arasına soğukluk girmesine, psikolojik sorunların ortaya çıkmasına ve evlilik uyumunun bozulmasına neden olmaktadır.¹⁰⁹

İnfertilite bir ilişkiyi etkilediği zaman bireylerin evlilik ya da cinsel ilişkilerine ciddi anlamda zarar verebilmektedir. Çoğu infertil çift, medikal tedavi, tedavi sürecine

ilgi gösterme ve para harcama ile ilişkili olarak çatışma ve uzlaşmazlık yaşamaktadırlar.¹¹⁰

İnfertilite çiftler için fiziksel, psikososyal, emosyonel, finansal bir yükür. Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite, beklenilmeyen ve belki de açıklanamayan tanısı, uzun ve zamana yayılan (bazı durumlarda mümkün olmayan) tedavisi nedeniyle aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur.^{86,111-114}

İnfertilite, basit bir rahatsızlık değİL; eşlerin her ikisi için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle de fiziksel olarak acı veren bir sağıık sorunudur.¹¹²

Dünya çapında kadın ve erkek infertil oranlarına bakıldığında; çiftlerin % 8'inin ya da yaklaşık 50-80 milyon kişinin infertilitenin bir biçimini yaşadığı bildirilmektedir. Türkiye'de de çiftlerin % 10-15'nin etkilendiğı düşünölmektedir.¹¹⁵

Özellikle geleneksel kültürlerde evlilik üzerinden zaman geçmesine rağmen çift çocuk sahibi olamadığında kendini sosyal çevreye karşı sorumlu hissetmekte ve bu da aile içinde hayal kırıklığına, suçluluk duygusunun yerleşmesine, eşlerin haksız yere birbirlerini suçlamalarına neden olmakta ve sonuç olarak da evlilik bağları psikolojik olarak baskı altına girmektedir.^{15,116}

İnfertil bireylerin yaşadığı tüm bu olumsuz duygular, aile dinamiğinin bozulmasına neden olmaktadır.¹¹⁷ İstanbul Eşler kendilerini ya evliliklerini sürdürme, ya da çocuk sahibi olma arasında seçim yapmak zorunda kalmış gibi hissederler. Sağlıklı olan eş başka bir evlilik yapmayı düşünmeye başlayabilir. Kısacası, evlilik ilişkisi artık yıkılma tehdidi altındadır ve bu tehdit kişileri ikinci bir kayıp olasılığıyla karşı karşıya bırakır.¹¹⁷

İnfertil çiftlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biri; evlilik uyumunda bozulmadır. Haldford, Kelly ve Markman (1997) evlilikte uyumu, olumlu bir ilişki şemasına sahip olması; eşlerin birbirleri hakkında pozitif duygulara ve düşöncelere sahip olma, iyi iletişim kurabilme, oluşan çatışmayı çözebilme becerisi ve eşlerin zevk alarak birlikte aktiviteler yapabilmesi olarak tanımlamıştır.¹¹⁸ İnfertilite süresi uzadıkça, eşlerin birbirini suçlaması ve evlilik uyumunda bozulma belirginleşir. Eşler arasındaki sevgi bağları zayıflar, evlilik ilişkisi bozulur.⁸⁶

Evlilik uyumu, eşlerin birbirleriyle ve evlilikleriyle memnuniyet ve mutluluklarının olduğu bir durum olarak da tanımlanmıştır.¹¹⁹ Bu yüzden evlilik, kabul, anlayış, ortak düşünceyle karakterize karşılıklı destekleri arasındaki doyum olarak bilinmektedir. Bütün evliliklerin amacı mutluluktur.¹²⁰

Erkek ve kadınların infertilite ile başa çıkma biçimlerinin, evlilik uyumu ve infertilitenin evlilik üzerindeki sonuçlarını etkilediği söylenmektedir. Özellikle erkeklerin konuşmadığı, infertilite ve tedavisini gizlediği durumlarda infertilitenin evlilik üzerine etkisini de daha olumsuz görmektedirler. Yine cinsellik ve cinsel ilişkiden zevk alma bu etkide en önemli belirleyici olmaktadır. Aktif-yüzleştiren başa çıkma yolları kullanan erkekler daha yüksek evlilik yararı, aktif- kaçınan yolları tercih eden erkeklerin daha düşük evlilik yararı bildirdikleri söylenmektedir. Erkeklerin fertilite tedavisine ilgisi ve bu tedaviye katılımları arttıkça, eşlerin iletişimlerinde olumlu değişiklikler ve infertilitenin evlilik üzerinde daha olumlu etkilerinin ortaya çıktığı görülmektedir.¹¹⁵

Evliliklerdeki sorunlar, hamilelik, düşük ya da kürtajlar, çocuk sahibi olma veya olamama, ağır hastalıklar, hastaneye yatma, yoğun ekonomik sıkıntı dönemleri, mesleki konumdaki değişimler, yeni bir yerleşim yerine taşınma sonrasında başlayabilmektedir.¹²¹

Evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır. Evlilik uyumu ayrıca çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatındaki memnuniyeti ve mutluluğu da tanımlanır. Bu noktada evlilik doyumunu ile karışır. Oysa çift uyumunda evlilik doyumunda olduğu gibi bireylerin öznel algısı değil, aralarındaki ilişkinin niteliği değerlendirilmektedir. Bu nedenle evlilik uyumunda eşlerden her birinin ilişkiyi sürdürebilme kapasiteleri de önemlidir.⁷¹

İnfertilite, aile içinde hayal kırıklığına, suçluluk duygusunun yerleşmesine, eşlerin haksız yere birbirlerini suçlamalarına neden olmakta ve bunun sonucunda da evlilik bağları psikolojik bir baskı altına girmektedir.³² İnfertilite aile üyeleri için bir stres faktörüdür. Stres anında aileye danışmanlık ya da rehberlik yapabilecek kişiler ailenin destek kaynaklarını oluşturur.¹²²

Uzun yıllar süren tedavi, ertelenen çözümler, sosyal beklentilerin baskısı infertil bireylerde ruhsal zorlanmalara neden olarak sosyal ilişkileri ve evlilik ilişkilerini etkilemekte, evlilik ilişkisindeki dinamikleri bozabilmektedir.¹⁵

Evlilik mutluluğu; ortaklığın, toplumsallığın ve hoş giden diğer etkinliklerin ne ölçüde yaşandığına bağlıdır. Bununla birlikte, evliliğin iyi ve kötü yanları birbirlerinden bağımsızdırlar ve her evlilikte iyi ve kötü olaylar yaşanabilir. Özellikle gerginliklerin yeterince dengelenmediği evliliklerde çiftler mutsuzdurlar. Mutlu ve uyumlu bir evlilik, benzer kültürlere sahip olma, aşk ve iyi bir cinsel yaşam gibi pek çok etmenin bir araya gelmesiyle elde edilir.¹²³⁻¹²⁵

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir krizdir. İnfertilitenin doğurduğu sonuçlar birey ve evlilik ilişkisi üzerinde kısa ve uzun dönemde ortaya çıkardığı yıkıcı etkilerinden kaynaklanır.⁸⁵

Çocuk sahibi olmak evlilik kurumunun beklenen ve neredeyse kaçınılmaz sonucudur.¹⁰⁹

Çiftlerin kontrol dışı üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, başarısızlık, yetersizlik duyguları yaratır. İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını, benlik saygılarını, beden imajlarını, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek karmaşık bir yaşam krizi haline gelmektedir.^{85,86}

Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluklar yaşarlar. İnfertil bireylerin yaşadığı tüm bu olumsuz duygular, aile dinamiğinin bozulmasına neden olmaktadır.^{126,127}

Aralarında sevgi ne kadar derin olursa olsun, evli bireylerin çocuksuzluğu çoğu kez onları mutsuzluğa iter, ailesel anlaşmazlıklar yaratır, karı-kocalık ilişkilerini olumsuz etkiler, çiftler arasında soğukluk girmesine ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir.⁵

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

İnfertilite tedavisine başvuran çiftlerde erkeğin eşine uyguladığı şiddet ve evliliğe uyumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan gözlemsel, kesitsel, analitik bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın İnfertilite Polikliniği'ne başvuran çiftlerden erkek bireyler oluşturdu. Şiddet sıklığı % 12, hata payı % 4 alınarak, % 95 güven düzeyinde, % 10 yedek eklenerek ulaşılması gereken minimum kişi sayısı 254 olarak hesaplandı. Örneklem dahil olan tüm bireylere doğrudan görüşme yöntemiyle araştırmanın amacı anlatılıp bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra katılımcı tarafından anket çalışması doldurulması planlandı. Veri toplama esnasında infertilite nedenleri bakımından ayırım yapılmaksızın İnfertilite Polikliniği'ne başvuran 289 erkek katılımcıya ulaşıldı. Üç erkek katılımcı araştırmaya katılmayı reddetti. Çalışma, İnfertilite Polikliniği'ne başvuran 286 erkek katılımcı ile tamamlandı.

3.3. İzinler

Araştırma öncesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın Akademik Kurul kararı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Akademik Kurul kararı ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı ve izni alındı. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi'nden destek alındı. İnfertilite Polikliniği'ne başvuran erkek bireylerin yazılı ve sözel onamları alınarak anketlerin katılımcılar tarafından doldurulması sağlandı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada tarafımızca oluşturulan 18 soruluk sosyodemografik özellikler formu, 31 sorudan oluşan Yeniden Gözden Geçirilmiş Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 (Revised

Conflict Tactic Scale-2) (ÇTÖ-2) ve 15 sorudan oluşan Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

İnfertil çiftlerden erkek bireylerin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formunda; erkeklerin yaşı, kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeyi, meslekleri, ilk evlilik yaşı, birden fazla evlilik yapmış olanların son evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik sayısı, evde yaşayan diğer kişiler ve sayısı, aile bütçesinin kim tarafından yönetildiği, çocuk sayısı, daha önceki infertilite tedavisi sayısı ve tedaviyi isteyen kim olduğu, daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu, sigara ve alkol alışkanlığı ve kronik hastalık durumu soruldu.

3.4.2. Yeniden Gözden Geçirilmiş Çatışma Taktikleri Ölçeği-2

Şiddet varlığı şiddetin tüm biçimlerini (psikolojik, ekonomik, fiziksel ve cinsel) içeren “Yeniden Gözden Geçirilen Çatışma Taktikleri Ölçeği”nden (The Revised Conflict Tactics Scales) yararlanılarak Dönmez ve arkadaşları tarafından hazırlanan ölçekle belirlendi (128). Ölçek toplam 31 sorudan oluşmaktadır. Bunların 14’ü psikolojik şiddeti, 11’i fiziksel şiddeti, dördü ekonomik şiddeti ve ikisi cinsel şiddeti değerlendirmektedir. Yanıt seçenekleri, “Evet”, “Hayır”, “Hatırlamıyorum” şeklinde belirlenmiştir. Bu sorulardan en az birine “Evet” yanıtını verenlerde “şiddet var” olarak kabul edilmiştir.

3.4.3. Evlilik Uyum Ölçeği

Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen ve Kışlak (1996) tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ), evlilik ilişkisinden alınan doyum ve evlilik uyumunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek, seçenek sayıları farklı 15 maddeden oluşmaktadır. Her madde, seçenek sayısına göre farklılaşan 0 ile 6 arasında bir puan almaktadır. Buna göre; 1. madde 0-6 puan, 2.-9. maddeler 0-5 puan, 10. ve 14. maddeler 0-2 puan, 11. ve 13. maddeler 0-3 puan, 12. madde eşlerden biri için evde oturmak diğeri için dışarıda bir şeyler yapmak seçeneği işaretlenmişse 0 puan, eşlerin her biri için dışarıda bir şeyler yapmak seçeneği

işaretlenmişse 1 puan, eşlerin her biri için evde oturmak seçeneği işaretlenmişse 2 puan ve 15. madde 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0-60 arasında değişmektedir. Ölçekten 43 puanın üzerinde alanlar, evlilik ilişkileri açısından uyumlu; 43 puanın altında alanlar ise uyumsuz olarak kabul edilmektedir. Kışlak (1996), ölçeğin güvenirliği için yaptığı çalışmada Cronbach alfa katsayısı ve iki yarı güvenirlik katsayısı hesaplamıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .80, iki yarı güvenirlik katsayısı da .67 olarak bulunmuştur.¹²⁹

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama, Haziran 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. İnfertilite Polikliniği'ne başvuran çiftlerden erkek bireyler bilgilendirilip onamları alındıktan sonra anketler katılımcılar tarafından dolduruldu. 286 erkek birey çalışmamıza katılmayı kabul etti.

3.6. Verilerin Analizi

Çalışmada 286 katılımcıya ait verilerin analizi yapılmıştır ve veriler kodlanarak bilgisayara girilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 20.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Sayısal ölçümlerin birbirleri arasındaki etkileşimi incelemek için Pearson korelasyon katsayısı ve ilgili p değeri elde edildi. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Bütçesi

Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü BAP Birimi'nden destek alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Süresi

Araştırma Mart 2017’den itibaren planlanmaya başlamıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra Haziran 2017-Ekim 2017 tarihlerinde veriler toplanmış, Kasım 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. Temmuz 2018 tarihinde tez yazımı tamamlanmıştır.



4. BULGULAR

İnfertilite prevalansı dünya çapında yaklaşık 80 milyon kişiyi etkilemekte, % 8 - %12 arasında değişmektedir. Dolayısıyla, dünyada her on çiftten birinin, primer ve sekonder infertiliteye sahip olduğu tahmin edilmektedir.⁹²

İnfertilite oranları ülkeler ve bölgeler arasında değişmektedir.¹⁰³

Günümüzde infertil çiftlerle yapılan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Literatür taraması yapıldığında infertil çiftlerde erkeklerle yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmuştur.

Çalışmamızda infertil çiftlerde erkeğin eşine uyguladığı şiddet ve evliliğe uyumunu sosyodemografik özellikleriyle irdeledik. Çalışmamızın bulguları tablolarda ve açıklamalarla verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=286)

		Sayı	Yüzde
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	122	42,6
	Lise	88	30,8
	Üniversite ve üzeri	76	26,5
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	161	56,3
	Lise	68	23,8
	Üniversite ve üzeri	57	19,8
Çalışma Durumu	İşçi	94	33,1
	Memur	73	25,9
	Serbest Meslek	107	37,6
	Emekli, Çalışmıyor	10	3,6
	Ev Kadını	220	76,9
Eş Çalışma Durumu	Çalışan	66	23,1
	Kendi	180	63,8
Aile Bütçesini Yöneten Kişi	Eşi	12	4,3
	Eşi İle Birlikte	80	28,4
	Diğer	10	3,6
Aile Tipi	Çekirdek Aile	237	82,9
	Geniş Aile	49	17,1
Çocuk	Var	70	24,5
	Yok	216	75,5
Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma	Evet	18	6,3
	Hayır	268	93,7
Kronik Hastalık Öyküsü	Var	54	18,9
	Yok	232	81,1

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan erkeklerin % 42,6'sının (n=122) ortaokul ve altı mezunu, % 30,8'inin (n=88) lise mezunu, % 26,5'inin (n=76) üniversite ve üzeri mezunu olduğu bulunmuştur. % 37,6'sının (n=107) serbest meslekle uğraştığı, % 33,1'inin (n=94) işçi olarak çalıştığı, % 25,9'unun (n=73) memur olduğu, % 3,6'sının emekli veya çalışmıyor olduğu saptanmıştır. Katılımcıların % 82,9'unun (n=237) çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve % 24,5'inin (n=70) çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Aile bütçesini % 63,8'i (n=180) kendi yönetmekte olup %28,4'ü (n=80) eşyle birlikte yönetmektedir. % 6,3'ünün (n=18) daha önce psikiyatrik danışmanlık aldığı, danışmanlık alma nedenlerinin depresyon, stres yönetimi, cinsel eğitim gibi nedenler olduğu saptanmıştır. Katılımcıların % 18,9'unda (n=54) kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan 10 kişide diyabetes mellitus ve 10 kişide hipertansiyon olup en sık görülen kronik hastalıklardır, bunu altı kişi ile astım izlemektedir. Epilepsi ise beş kişiyle üçüncü en sık görülen kronik hastalık olmuştur. Çocuk sahibi olan erkeklerin ortalama çocuk sayısı bir iken, maksimum çocuk sayısı beştir.

Araştırmaya dahil edilen erkeklerin eşlerinin % 56,3'ünün (n=161) ortaokul ve altı mezunu, % 23,8'inin (n=68) lise mezunu, % 19,8'inin (n=57) üniversite ve üzeri mezunu olduğu, % 76,9'unun (n=220) ev kadını olduğu, % 4,3'ünün (n=12) aile bütçesini yönettiği belirlenmiştir.

Tablo 2. Çiftlerin infertilite tedavi durumlarına göre dağılımı

		Sayı	Yüzde
Daha Önce İnfertilite Tedavi Öyküsü	Var	68	23,8
	Yok	218	76,2
İnfertilite Tedavisi Deneme Sayısı	1 Kez	18	6,3
	2 Kez	18	6,3
	3 Kez	13	4,6
	4 Kez ve üzeri	18	6,5
İnfertilite Tedavisini İsteyen	Kendisi	16	6,0
	Eşi	38	14,3
	Her ikisi birlikte	211	79,6

Tablo 2'de çiftlerin infertilite tedavi durumlarına göre dağılımları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan erkeklerin % 76,2'sinin (n=218) daha önce infertilite tedavi öyküsü olmadığı, % 6,3'ünün (n=18) bir kez, % 6,3'ünün (n=22) iki kez, % 4,6'sının (n=13) üç kez , % 6,3'ünün (n=18) dört veya daha fazla IVF ya da IUI

tedavisi olduğu saptanmıştır. Bu tedavileri katılımcıların % 79,6'sının (n=211) tedaviyi eşleriyle birlikte istedikleri, % 14,3'ünün (n=38) ise sadece eşinin istediği saptanmıştır.

Tablo 3. Erkeklerin sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımı

		Sayı	Yüzde
Sigara	Düzenli İçen	106	37,1
	Ara-Sıra İçen	52	18,2
	Hiç İçmeyen	81	28,3
	Daha önce içmiş, bırakmış	47	16,4
Alkol Kullanımı	Evet	41	14,3
	Hayır	245	85,7

Tablo 3'de erkeklerin sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan erkeklerin % 37,1'inin (n=106) düzenli sigara içicisi olduğu, % 28,3'ünün (n=81) hiç içmediği, % 18,2'sinin (n=52) ara sıra içtiği, % 16,4'ünün (n=47) daha önce içmekte iken bıraktığı ve % 14,3'ünün (n=41) ise alkol kullandığı saptanmıştır. Düzenli sigara içenlerin ortalama sigara tüketimleri günlük $21,00 \pm 9,09$ (10-60) adet olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların evlilikle ilgili özelliklerine göre dağılımı

	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
Yaş	34,79	7,237	34,00	21,00	60,00
İlk Evlilik Yaşı	26,33	5,087	26,00	11,00	46,00
Evlilik Süresi (Yıl)	5,87	4,859	4,00	1	26,00
Birden Fazla Evlilik					
Yapanların Son	28,90	6,978	27,00	11,00	56,00
Evlilik Yaşı					

Tablo 4'de katılımcıların evlilikle ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin yaş ortalamaları $34,79 \pm 7,24$ (21-60), ilk evlilik yaşı ortalamaları $26,33 \pm 5,09$ yıl (11-46), evlilik süreleri ortalamaları $5,87 \pm 4,86$ yıl (1-26) olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 15,4'ü (n=44) birden fazla evlilik yapmış, bu kişilerin evlilik sayısının ortanca değeri bir iken maksimum sayı üçtür. Katılımcıların son evlilik yaşlarının ortalaması ise $28,90 \pm 6,98$ yıl (11-56) olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların çatışma taktikleri ölçeği-2'ye göre şiddet gösterme durumları

		Sayı	Yüzde
Psikolojik Şiddet	Var	267	93,4
	Yok	19	6,6
Fiziksel Şiddet	Var	107	37,4
	Yok	179	62,6
Cinsel Şiddet	Var	26	9,1
	Yok	260	90,9
Ekonomik Şiddet	Var	92	32,2
	Yok	194	67,8
Genel Şiddet	Var	267	93,4
	Yok	19	6,6

Tablo 5’de katılımcıların Çatışma Taktikleri Ölçeği-2’ye göre şiddet uygulama durumları verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin % 93,4’ünün (n=267) eşine şiddet uyguladığı saptanmıştır. Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 alt ölçeklerinden psikolojik şiddet gösterme oranları % 93,4 (n=267) ile en yüksek şiddet şekli olarak bulunmuş olup, bunu % 37,4 (n=107) ile fiziksel şiddet, % 32,2 (n=92) ile ekonomik şiddet, % 9,1 (n=26) ile cinsel şiddet takip etmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların evlilik uyum ölçeği’nden aldıkları puanlara göre durumları

	Sayı	Yüzde
43 Puan altı	56	19,6
43 Puan ve üzeri	230	80,4

Tablo 6’da katılımcıların EUÖ’den aldıkları puanlara göre durumları verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin % 80,4’ü (n=230) Evlilik Uyum Ölçeği’nden aldıkları puana göre evliliğe uyumlu olarak bulunmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçeklerinden psikolojik şiddet ile ilişkileri

Psikolojik Şiddet	Yok	Var	Yüzde	p Değeri
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	11	111	42,7
	Lise	4	84	30,8
	Üniversite ve üzeri	4	72	26,6
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	11	150	56,3
	Lise	7	61	23,8
	Üniversite ve üzeri	1	56	19,9
Çalışma Durumu	Emekli veya Çalışmıyor	2	8	3,5
	Memur	5	68	25,7
	İşçi	7	87	33,1
	Serbest Meslek	5	102	37,7

Tablo 7'nin devamı

Eş Çalışma Durumu	Ev Kadını	14	206	76,9	0,729
	Çalışan	5	61	23,1	
Aile Bütçesini Yöneten Kişi	Kendi	12	168	63,8	0,999
	Eşi	2	10	4,3	
	Eşi ile Birlikte	5	75	28,4	
	Diğer	0	10	3,6	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	16	221	82,9	0,999
	Geniş Aile	3	46	17,1	
İnfertilite Tedavisi	Yok	16	202	76,2	0,578
	Var	3	65	23,8	
Çocuk	Yok	13	203	75,5	0,421
	Var	6	64	24,5	
İnfertilite Tedavisini İsteyen Kişi	Kendisi	2	14	6	0,615
	Eşi	2	36	14,3	
	Birlikte	14	197	79,6	
Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma	Hayır	18	250	93,7	0,999
	Evet	1	17	6,3	
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	16	216	81,1	0,999
	Var	3	51	18,9	
Sigara Kullanım Durumu	Düzenli içen	6	100	37,1	0,860
	Ara sıra içen	3	49	18,2	
	Hiç içmeyen	7	74	28,3	
	Daha önce içmiş, bırakmış	3	44	16,4	
Alkol Kullanım Durumu	Yok	17	228	85,7	0,999
	Var	2	39	14,3	
Kaçıncı Evlilik	İlk	13	229	84,6	0,091
	İki veya üç	6	38	15,4	

Tablo 7'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve ÇTÖ-2 alt ölçeklerinden psikolojik şiddet ile ilişkileri verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin eşlerine psikolojik şiddet uygulayanlar içinde ortaokul ve altı mezunu olanların oranı % 41,6 (n=111), lise mezunu olanların oranı % 31,5 (n=84) ve üniversite ve üzeri mezunu olanların oranı % 27 (n=72) olarak bulunmuştur. Psikolojik şiddete maruz kalan kadınların ise 150'si (% 56,2) ortaokul ve altı mezunu, 61'i (% 22,8) lise mezunu ve 56'sı (% 21,0) üniversite ve üzeri mezunudur ve % 77,2'si (n=206) ev kadınıdır. Çalışmamızda eğitim durumunun psikolojik şiddet uygulama ve psikolojik şiddete maruz kalma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunamamıştır (p>0,05).

Katılımcılardan eşlerine psikolojik şiddet uygulayanların % 38,5'inin (n=102) serbest meslekle uğraştığı, % 32,8'inin (n=87) işçi olarak çalıştığı, % 25,7'sinin (n=68)

memur olduğu, % 3,0'ının (n=8) emekli veya çalışmıyor olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin meslekleri ve eşlerinin meslekleri ile erkeklerin eşlerine uyguladıkları psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Psikolojik şiddet uygulayan erkeklerin % 82,8'inin (n=221) çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur fakat erkeklerin aile tipleri ile eşlerine gösterdikleri psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların % 24,0'inin (n=64) çocuk sahibi olduğu bulunmuştur fakat araştırmaya katılanların çocuklarının olma durumu ile eşlerine uyguladıkları psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Eşine psikolojik şiddet uygulayan erkeklerin aile bütçesini % 63,9'unun (n=168) kendi yönetmekte olduğu % 28,5'inin (n=75) eşiyile birlikte yönettiği bulunmuştur.

Katılımcıların % 6,4'ünün (n=17) daha önce psikiyatrik danışmanlık aldığı, % 19,1'inde (n=51) kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların daha önce psikiyatrik danışma alma durumları ve kronik hastalık ile eşlerine uyguladıkları psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Psikolojik şiddet uygulayan katılımcıların % 27,7'si hiç sigara içmemiş olup % 37,5'i (n=100) düzenli sigara içicisidir ve 39 kişinin (% 14,6) alkol kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin sigara içme ve alkol kullanma durumları ile eşlerine gösterdikleri psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan psikolojik şiddet uygulayan erkeklerin % 24,3'ü (n=65) daha önce infertilite tedavisi almış olup % 79,8'i bu tedaviyi eşleriyle birlikte istemiştir, % 5,7'si (n=14) sadece kendisi istemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin daha önce infertilite tedavisi alma durumları ve tedaviyi isteyen kim olduğu ile eşlerine gösterdikleri psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Psikolojik şiddet uygulayan erkeklerin %85,8'i (n=229) tek evlilik yapmış olup 38 kişi (% 15,4) ikinci veya üçüncü evliliğini yapmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin kaçınıcı evliliği olduğu ile eşlerine gösterdikleri psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçeklerinden fiziksel şiddet ile ilişkileri

Fiziksel Şiddet	Yok	Var	Yüzde	p Değeri
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	73	49	42,7
	Lise	55	33	30,8
	Üniversite ve üzeri	51	25	26,6
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	96	65	56,3
	Lise	46	22	23,8
	Üniversite ve üzeri	37	20	19,9
Çalışma Durumu	Emekli veya Çalışmıyor	8	2	3,5
	Memur	45	28	25,7
	İşçi	59	35	33,1
	Serbest Meslek	65	42	37,7
Eş Çalışma Durumu	Ev Kadını	136	84	76,9
	Çalışan	43	23	23,1
	Kendi	113	67	63,8
Aile Bütçesini Yöneten Kişi	Eşi	7	5	4,3
	Eşi İle Birlikte	50	30	28,4
	Diğer	7	3	3,6
Aile Tipi	Çekirdek Aile	152	85	82,9
	Geniş Aile	27	22	17,1
İnfertilite Tedavisi	Yok	142	76	76,2
	Var	37	31	23,8
Çocuk	Yok	143	73	75,5
	Var	36	34	24,5
İnfertilite Tedavisini İsteyen Kişi	Kendisi	13	3	6
	Eşi	21	17	14,3
	Birlikte	133	78	79,6
Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma	Hayır	171	97	93,7
	Evet	8	10	6,3
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	146	86	81,1
	Var	33	21	18,9
Sigara Kullanım Durumu	Düzenli içen	60	46	37,1
	Ara sıra içen	29	23	18,2
	Hiç içmeyen	64	17	28,3
	Daha önce içmiş, bırakmış	26	21	16,4
Alkol Kullanım Durumu	Yok	155	90	85,7
	Var	24	17	14,3
Kaçıncı Evlilik	İlk	146	96	84,6
	İki veya üç	33	11	15,4

Tablo 8’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 alt ölçeklerinden fiziksel şiddet ile ilişkileri verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin ortaokul ve altı mezunu olan 49’u (% 45,8), lise mezunu olan 33’ü (% 30,8) ve üniversite ve üzeri mezunu olan 25’si (% 23,4) eşlerine fiziksel şiddet uygulamaktadır. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınların ise 65’i (% 60,7)

ortaokul ve altı mezunu, 22'si (% 20,6) lise mezunu ve 20'si (% 18,7) üniversite ve üzeri mezunudur ve % 78,5'i (n=84) ev kadınıdır. Çalışmamızda eğitim durumunun fiziksel şiddet uygulama ve fiziksel şiddete maruz kalma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan eşlerine fiziksel şiddet uygulayanların % 39,3'ünün (n=42) serbest meslekle uğraştığı, % 32,7'sinin (n=35) işçi, % 26,2'sinin (n=28) memur, % 1,9'unun (n=2) emekli veya çalışmıyor olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin meslekleri ve eşlerinin meslekleri ile erkeklerin eşlerine uyguladıkları fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin % 79,4'ünün (n=85) çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur fakat eşlerine uyguladıkları fiziksel şiddet ile aile tipi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların % 31,8'inin (n=34) çocuk sahibi olduğu bulunmuştur ve katılımcıların çocuklarının olma durumu ile eşlerine uyguladıkları fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Eşine fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin aile bütçesini % 63,8'i (n=67) kendi yönetmekte olup % 28,6'ü (n=30) eşleriyle birlikte yönetmektedir.

Katılımcıların % 9,3'ünün (n=10) daha önce psikiyatrik danışmanlık aldığı, % 19,6'sında (n=21) kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların daha önce psikiyatrik danışma alma durumları ve kronik hastalık ile eşlerine uyguladıkları fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel şiddet uygulayan katılımcıların % 15,9'u (n=17) hiç sigara içmemiş olup % 43,0'ü (n=46) düzenli sigara içicisidir ve 17 kişinin (% 15,9) alkol kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin sigara içme durumları ile eşlerine gösterdikleri fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) fakat alkol kullanma ile fiziksel şiddet arasındaki ilişki anlamlıdır ($p<0,05$).

Katılımcılardan fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin % 29,0'ı (n=31) daha önce infertilite tedavisi almış olup % 79,6'sı bu tedaviyi eşleriyle birlikte istemiştir, % 3,1'i (n=3) sadece kendisi istemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin daha önce infertilite tedavisi alma durumları ve tedaviyi isteyen kim olduğu ile eşlerine gösterdikleri fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin %89,7'si (n=96) tek evlilik yapmış olup 11 kişi (% 15,4) ikinci veya üçüncü evliliğini yapmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin kaçınıcı evliliği olduğu ile eşlerine gösterdikleri fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçeklerinden cinsel şiddet ile ilişkileri

Cinsel Şiddet	Yok	Var	Yüzde	p Değeri
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	106	16	42,7
	Lise	82	6	30,8
	Üniversite ve üzeri	72	4	26,6
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	141	20	56,3
	Lise	64	4	23,8
	Üniversite ve üzeri	55	2	19,9
Çalışma Durumu	Emekli veya Çalışmıyor	9	1	3,5
	Memur	71	2	25,7
	İşçi	84	10	33,1
	Serbest Meslek	94	13	37,7
Eş Çalışma Durumu	Ev Kadını	198	22	76,9
	Çalışan	62	4	23,1
Aile Bütçesini Yöneten Kişi	Kendi	162	18	63,8
	Eşi	11	1	4,3
	Eşi İle Birlikte	73	7	28,4
	Diğer	10	0	3,6
Aile Tipi	Çekirdek Aile	215	22	82,9
	Geniş Aile	45	4	17,1
İnfertilite Tedavisi	Yok	203	15	76,2
	Var	57	11	23,8
Çocuk	Yok	202	14	75,5
	Var	58	12	24,5
İnfertilite Tedavisini İsteyen Kişi	Kendisi	16	0	6
	Eşi	34	4	14,3
	Birlikte	191	20	79,6
Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma	Hayır	243	25	93,7
	Evet	17	1	6,3
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	211	21	81,1
	Var	49	5	18,9
Sigara Kullanım Durumu	Düzenli içen	96	10	37,1
	Ara sıra içen	42	10	18,2
	Hiç içmeyen	79	2	28,3
	Daha önce içmiş, bırakmış	43	4	16,4
Alkol Kullanım Durumu	Yok	225	20	85,7
	Var	35	6	14,3
Kaçınıcı Evlilik	İlk	220	22	84,6
	İki veya üç	40	4	15,4

Tablo 9’da katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 alt ölçeklerinden fiziksel cinsel şiddet ile ilişkileri verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin ortaokul ve altı mezunu olan 16’sının (% 61,5), lise mezunu olan altısı (% 23,1) ve üniversite ve üzeri mezunu olan dördü (% 15,4) eşlerine cinsel şiddet uyguluyor olarak bulunmuştur. Cinsel şiddete maruz kalan kadınların ise 20’si (% 76,9) ortaokul ve altı mezunu, dördü (% 15,4) lise mezunu ve ikisi (% 7,7) üniversite ve üzeri mezunudur ve % 84,6’sı (n=22) ev kadınıdır. Çalışmamızda eğitim durumunun cinsel şiddet uygulama ve cinsel şiddete maruz kalma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan eşlerine cinsel şiddet uygulayanların % 50’sinin (n=13) serbest meslekle uğraştığı, % 38,5’inin (n=10) işçi, % 7,7’sinin (n=2) memur, % 3,8’inin (n=1) emekli veya çalışmıyor olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin meslekleri ve eşlerinin meslekleri ile erkeklerin eşlerine uyguladıkları cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Cinsel şiddet uygulayan erkeklerin % 84,6’sının (n=22) çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur fakat eşlerine uyguladıkları cinsel şiddet ile aile tipi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların % 46,2’sinin (n=12) çocuk sahibi olduğu bulunmuştur ve araştırmaya katılanların çocuklarının olma durumu ile eşlerine uyguladıkları cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Eşine cinsel şiddet uygulayan erkeklerin % 69,2’si (n=18) aile bütçesini kendi yönetmekte, % 26,9’u (n=7) eşiyile birlikte yönetmektedir.

Katılımcıların % 3,8’inin (n=1) daha önce psikiyatrik danışmanlık aldığı, % 19,2’sinde (n=5) kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların daha önce psikiyatrik danışma alma durumları ve kronik hastalık ile eşlerine uyguladıkları cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Cinsel şiddet uygulayan katılımcıların % 7,7’si (n=2) hiç sigara içmemiş olup % 38,5’i (n=10) düzenli sigara içicisidir ve 6 kişinin (% 23,1) alkol kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin sigara içme durumları ile eşlerine gösterdikleri cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) fakat alkol kullanma ile fiziksel şiddet arasındaki ilişki anlamlıdır ($p<0,05$).

Katılımcılardan cinsel şiddet uygulayan erkeklerin % 42,3'ü (n=11) daha önce infertilite tedavisi almış olup % 83,3'ü bu tedaviyi eşleriyle birlikte istemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin daha önce infertilite tedavisi alma durumları ile cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İnfertilite tedavisini isteyen kim olduğu ile eşlerine gösterdikleri cinsel şiddet arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Cinsel şiddet gösteren erkeklerin % 84,6'sı (n=22) tek evlilik yapmış olup dört kişi (% 15,4) ikinci veya üçüncü evliliğini yapmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin kaçınıcı evliliği olduğu ile eşlerine gösterdikleri cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçeklerinden ekonomik şiddet ile ilişkileri

Ekonomik Şiddet		Yok	Var	Yüzde	p Değeri
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	80	42	42,7	0,092
	Lise	55	33	30,8	
	Üniversite ve üzeri	59	17	26,6	
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	109	52	56,3	0,891
	Lise	45	23	23,8	
	Üniversite ve üzeri	40	17	19,9	
Çalışma Durumu	Emekli veya Çalışmıyor	8	2	3,5	0,620
	Memur	51	22	25,7	
	İşçi	65	29	33,1	
	Serbest Meslek	68	39	37,7	
Eş Çalışma Durumu	Ev Kadını	142	78	76,9	0,030*
	Çalışan	52	14	23,1	
Aile Bütçesini Yöneten Kişi	Kendi	118	62	63,8	0,006*
	Eşi	10	2	4,3	
	Eşi İle Birlikte	57	23	28,4	
Aile Tipi	Diğer	6	4	3,6	0,006*
	Çekirdek Aile	169	68	82,9	
İnfertilite Tedavisi	Geniş Aile	25	24	17,1	0,738
	Yok	149	69	76,2	
Çocuk	Var	45	23	23,8	0,187
	Yok	151	65	75,5	
İnfertilite Tedavisini İsteyen Kişi	Var	43	27	24,5	0,573
	Kendisi	9	7	6	
	Eşi	27	11	14,3	
Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma	Birlikte	141	70	79,6	0,249
	Hayır	184	84	93,7	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	10	8	6,3	0,240
	Yok	161	71	81,1	
Kronik Hastalık Öyküsü	Var	33	21	18,9	0,240
	Yok	161	71	81,1	

Tablo 10'un devamı

Sigara Kullanım Durumu	Düzenli içen	65	41	37,1	0,287
	Ara sıra içen	37	15	18,2	
	Hiç içmeyen	60	21	28,3	
	Daha önce içmiş, bırakmış	32	15	16,4	
Alkol Kullanım Durumu	Yok	166	79	85,7	0,946
	Var	28	13	14,3	
Kaçıncı Evlilik	İlk	160	82	84,6	0,145
	İki veya üç	34	10	15,4	

Tablo 10'da katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 alt ölçeklerinden ekonomik şiddet ile ilişkileri verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin ortaokul ve altı mezunu olan 42'si (% 45,7), lise mezunu olan 33'ü (% 35,9) ve üniversite ve üzeri mezunu olan 17'si (% 18,5) eşlerine ekonomik şiddet uygulamaktadır. Ekonomik şiddete maruz kalan kadınların ise 52'si (% 56,5) ortaokul ve altı mezunu, 23'ü (% 25,0) lise mezunu ve 17'si (% 18,5) üniversite ve üzeri mezunudur ve % 84,8'si (n=78) ev kadınıdır. Çalışmamızda eğitim durumunun ekonomik şiddet uygulama ve ekonomik şiddete maruz kalma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadınların çalışma durumları ve ekonomik şiddet arasında ise anlamlı ilişki gözlenmiştir ($p<0,05$).

Katılımcılardan eşlerine ekonomik şiddet uygulayanların % 42,4'ünün (n=39) serbest meslekle uğraştığı, % 31,5'inin (n=29) işçi, % 23,9'unun (n=22) memur, % 2,2'nin (n=2) emekli veya çalışmıyor olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin meslekleri eşlerine uyguladıkları ekonomik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ekonomik şiddet uygulayan erkeklerin % 82,9'unun (n=68) çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve eşlerine uyguladıkları ekonomik şiddet ile aile tipi arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların % 29,3'ünün (n=27) çocuk sahibi olduğu bulunmuştur fakat araştırmaya katılanların çocuklarının olma durumu ile eşlerine uyguladıkları ekonomik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Eşine ekonomik şiddet uygulayan erkeklerin % 68,1'inin (n=62) aile bütçesini kendi yönettiği, % 25,3'ünün (n=23) eşiyle birlikte yönettiği bulunmuştur.

Katılımcıların % 8,7'sinin (n=8) daha önce psikiyatrik danışmanlık aldığı, % 22,8'inde (n=21) kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların daha önce

psikiyatrik danışma alma durumları ve kronik hastalık ile eşlerine uyguladıkları ekonomik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ekonomik şiddet uygulayan katılımcıların % 22,8'i ($n=21$) hiç sigara içmemiş olup % 44,6'sı ($n=41$) düzenli sigara içicisidir ve 13 kişinin (% 14,1) alkol kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin sigara içme ve alkol kullanma durumları ile eşlerine gösterdikleri ekonomik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan ekonomik şiddet uygulayan erkeklerin % 25,0'i ($n=23$) daha önce infertilite tedavisi almış olup % 79,5'i bu tedaviyi eşleriyle birlikte istemiştir, % 8,0'ı ($n=14$) sadece kendisi istemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin daha önce infertilite tedavisi alma durumları ve tedaviyi isteyen kim olduğu ile eşlerine gösterdikleri ekonomik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ekonomik şiddet uygulayan erkeklerin % 89,1'i ($n=82$) tek evlilik yapmış olup 10 kişi (% 10,9) ikinci veya üçüncü evliliğini yapmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin kaçınıcı evliliği olduğu ile eşlerine gösterdikleri ekonomik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çatışma taktikleri ölçeği-2 ile belirlenen gösterdikleri şiddet ile ilişkileri

Genel Şiddet		Yok	Var	Yüzde	p Değeri
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	11	111	42,7	0,374
	Lise	4	84	30,8	
	Üniversite ve üzeri	4	72	26,6	
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	11	150	56,3	0,160
	Lise	7	61	23,8	
	Üniversite ve üzeri	1	56	19,9	
Çalışma Durumu	Emekli veya Çalışmıyor	2	8	3,5	0,305
	Memur	5	68	25,7	
	İşçi	7	87	33,1	
	Serbest Meslek	5	102	37,7	
Eş Çalışma Durumu	Ev Kadını	14	206	76,9	0,729
	Çalışan	5	61	23,1	
	Kendi	12	168	63,8	
Aile Bütçesini Yöneten Kişi	Eşi	2	10	4,3	0,999
	Eşi İle Birlikte	5	75	28,4	
	Diğer	0	10	3,6	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	16	221	82,9	0,578
	Geniş Aile	3	46	17,1	
İnfertilite Tedavisi	Yok	16	202	76,2	0,347
	Var	3	65	23,8	
Çocuk	Yok	13	203	75,5	0,615
	Var	6	64	24,5	
İnfertilite Tedavisini İsteyen Kişi	Kendisi	2	14	6	0,615
	Eşi	2	36	14,3	
	Birlikte	14	197	79,6	

Tablo 11'in devamı

Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma	Hayır	18	250	93,7	0,999
	Evet	1	17	6,3	
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	16	216	81,1	0,999
	Var	3	51	18,9	
Sigara Kullanım Durumu	Düzenli içen	6	100	37,1	0,860
	Ara sıra içen	3	49	18,2	
	Hiç içmeyen	7	74	28,3	
	Daha önce içmiş, bırakmış	3	44	16,4	
Alkol Kullanım Durumu	Yok	17	228	85,7	0,999
	Var	2	39	14,3	
Kaçıncı Evlilik	İlk	13	229	84,6	0,091
	İki veya üç	6	38	15,4	

Tablo 11'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 ile belirlenen gösterdikleri genel şiddet ile ilişkileri verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin ortaokul ve altı mezunu olan 111'i (% 41,6), lise mezunu olan 84'ü (% 31,5) ve üniversite ve üzeri mezunu olan 72'si (% 27,0) eşlerine şiddet uygulamaktadır. Şiddete maruz kalan kadınların ise 150'si (% 56,2) ortaokul ve altı mezunu, 61'i (% 22,8) lise mezunu ve 56'sı (% 21,0) üniversite ve üzeri mezunudur ve % 77,2'si (n=206) ev kadınıdır. Çalışmamızda eğitim durumunun genel şiddet uygulama ve genel şiddete maruz kalma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunamamıştır (p>0,05).

Katılımcılardan eşlerine şiddet uygulayanların % 38,5'inin (n=102) serbest meslekle uğraştığı, % 32,8'inin (n=87) işçi, % 25,7'sinin (n=68) memur, % 3'ünün (n=8) emekli veya çalışmıyor olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin meslekleri ve eşlerinin meslekleri ile erkeklerin eşlerine uyguladıkları genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Şiddet uygulayan erkeklerin % 82,8'inin (n=221) çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur fakat eşlerine uyguladıkları genel şiddet ile aile tipi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Katılımcıların % 24,0'ünün (n=64) çocuk sahibi olduğu bulunmuştur ve araştırmaya katılanların çocuklarının olma durumu ile eşlerine uyguladıkları genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Eşine şiddet uygulayan erkeklerin % 63,9'unun (n=168) aile bütçesini kendi yönettiği, % 28,5'i (n=75) eşiyile birlikte yönettiği bulunmuştur.

Katılımcıların % 6,4'ünün (n=17) daha önce psikiyatrik danışmanlık aldığı, % 19,1'inde (n=51) kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların daha önce psikiyatrik danışma alma durumları ve kronik hastalık ile eşlerine uyguladıkları genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Şiddet uygulayan katılımcıların % 27,7'si (n=74) hiç sigara içmemiş olup % 37,5'i (n=100) düzenli sigara içicisidir ve 39 kişinin (% 14,6) alkol kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin sigara içme ve alkol kullanma durumları ile eşlerine gösterdikleri genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan şiddet uygulayan erkeklerin % 24,3'ü (n=65) daha önce infertilite tedavisi almış olup % 79,8'i bu tedaviyi eşleriyle birlikte istemiştir, % 5,7'si (n=14) sadece kendisi istemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin daha önce infertilite tedavisi alma durumları ve tedaviyi isteyen kim olduğu ile eşlerine gösterdikleri genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Şiddet uygulayan erkeklerin % 85,8'i (n=229) tek evlilik yapmış olup 38 kişi (% 14,2) ikinci veya üçüncü evliliğini yapmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin kaçınıcı evliliği olduğu ile eşlerine gösterdikleri genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Katılımcıların yaş ve çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçekleri arasındaki ilişki

Yaş		Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum	p Değeri
Psikolojik Şiddet	Yok	36,89	9,049	35,00	25	57	0,346
	Var	34,64	7,088	34,00	21	60	
	Toplam	34,79	7,237	34,00	21	60	
Fiziksel Şiddet	Yok	35,04	7,529	34,00	21	60	0,437
	Var	34,36	6,734	34,00	21	51	
	Toplam	34,79	7,237	34,00	21	60	
Cinsel Şiddet	Yok	34,62	7,277	34,00	21	57	0,121
	Var	36,50	6,719	35,00	25	60	
	Toplam	34,79	7,237	34,00	21	60	
Ekonomik Şiddet	Yok	35,10	7,483	34,00	21	60	0,292
	Var	34,13	6,681	34,00	21	53	
	Toplam	34,79	7,237	34,00	21	60	
Genel Şiddet	Yok	36,89	9,049	35,00	25	57	0,346
	Var	34,64	7,088	34,00	21	60	
	Toplam	34,79	7,237	34,00	21	60	

Tablo 12'de araştırmaya katılan erkeklerin yaş ve Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 alt ölçekleri arasındaki ilişkileri verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerden eşlerine psikolojik şiddet uygulayan katılımcıların yaş ortalaması $34,64 \pm 7,09$ (21,60), fiziksel şiddet uygulayanların yaş ortalaması $34,36 \pm 6,73$ (21,51), cinsel şiddet uygulayanların yaş ortalaması $36,50 \pm 6,72$ (25,60), ekonomik şiddet uygulayanların yaş ortalaması $34,13 \pm 7,24$ (21,53) olarak saptanmıştır. Çatışma Taktikleri Ölçeği-2'ye göre genel şiddet uygulayan katılımcıların yaş ortalaması ise $34,64 \pm 7,09$ (21,60) olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan erkeklerin yaşları ile eşlerine uyguladıkları psikolojik şiddet, ekonomik şiddet, fiziksel şiddet, cinsel şiddet ve genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve evlilik uyum ölçeği'nden aldıkları puan

Evlilik Uyum Ölçeği		<43 puan	>43 puan	Yüzde	p Değeri
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	18	104	42,7	0,205
	Lise	20	68	30,8	
	Üniversite ve üzeri	18	58	26,6	
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	26	135	56,3	0,082
	Lise	13	55	23,8	
	Üniversite ve üzeri	17	40	19,9	
Çalışma Durumu	Emekli veya Çalışmıyor	2	8	3,5	0,016*
	Memur	23	50	25,7	
	İşçi	18	76	33,1	
	Serbest Meslek	13	94	37,7	
Eş Çalışma Durumu	Ev Kadını	39	181	76,9	0,149
	Çalışan	17	49	23,1	
	Kendi	32	148	63,8	
Aile Bütçesini Yöneten Kişi	Eşi	1	11	4,3	0,583
	Eşi İle Birlikte	19	61	28,4	
	Diğer	1	9	3,6	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	45	192	82,9	0,578
	Geniş Aile	11	38	17,1	
İnfertilite Tedavisi	Yok	37	181	76,2	0,047*
	Var	19	49	23,8	
Çocuk	Yok	41	175	75,5	0,654
	Var	15	55	24,5	
İnfertilite Tedavisini İsteyen Kişi	Kendisi	3	13	6	0,532
	Eşi	10	28	14,3	
	Birlikte	39	172	79,6	
Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma	Hayır	52	216	93,7	0,761
	Evet	4	14	6,3	
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	46	186	81,1	0,827
	Var	10	44	18,9	
Sigara Kullanım Durumu	Düzenli içen	22	84	37,1	0,619
	Ara sıra içen	11	41	18,2	
	Hiç içmeyen	12	69	28,3	
	Daha önce içmiş, bırakmış	11	36	16,4	

Tablo 13'ün devamı

Alkol	Yok	45	200	85,7	0,206
Kullanım Durumu	Var	11	30	14,3	
Kaçıncı	İlk	52	190	84,6	0,057*
Evlilik	İki veya üç	4	40	15,4	

Tablo 13'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve Evlilik Uyum Ölçeği'nden aldıkları puan arasındaki ilişkileri verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin evlilik uyumu bulunanlarından % 45,2'si ortaokul ve altı mezunu (n=122), % 29,6'sı lise mezunu (n=88), % 25,2'si üniversite veya üzeri mezunu olarak bulunmuştur.

Katılımcılardan 43 puan ve üzeri alan 94 kişi (% 41,2) serbest meslekle uğraşmakta, 76 kişi (% 33,3) işçi, 50 kişi (% 21,9) memur olarak çalışmakta, sekiz kişi (% 3,5) emekli veya çalışmıyor olarak saptanmıştır.

Çekirdek aile yapısına sahip olan katılımcılardan (n=237) % 81,0'inin, çocuk sahibi olanlardan (n=70) % 78,6'sının Evlilik Uyum Ölçeği'nden 43 veya üzerinde puan alıp evlilik uyumu olduğu bulunmuştur.

Katılımcılardan aile bütçesini kendi yönetmekte olan (n=180) kişilerden % 82,2'si ve eşiyle birlikte yönetmek olan kişilerden (n=80) % 76,2'sinde EUÖ'den 43 veya üzerinde puan alarak evlilik uyumu oldukları saptanmıştır.

Daha önce psikiyatrik danışmanlık alan erkeklerden (n=18) % 77,8'inin, kronik hastalığı olanlardan (n=54) % 81,5'inde EUÖ'den 43 veya üzerinde puan alıp evlilik uyumu olduğu saptanmıştır.

Evlilik Uyum Ölçeği'ne göre 43 puan ve üzerinde alanlardan % 21,3'ü daha önce infertilite tedavisi almış olup 172 kişi bu tedaviyi eşiyle birlikte istemişlerdir.

Katılımcılardan düzenli sigara içen (n=106) % 79,2'si ve hiç sigara içmeyenlerin % 85,2'si, alkol kullananların (n=41) % 73,2'sinde 43 puan ve üzeri alarak evlilik uyumu bulunmuştur.

Evlilik uyumu bulunan katılımcıların eşlerinden % 58,7'si ortaokul ve altı mezunu, % 23,9'u lise mezunu, % 17,4'ü üniversite ve üzeri mezunu, % 78,7'si ev kadını olarak bulunmuştur. Bu erkeklerin % 82,6'sı (n=190) tek evlilik yapmış olup 40'ının (% 17,4) ikinci veya üçüncü evliliğidir.

Araştırmaya katılan erkeklerin yaşları, eğitim durumları, eşlerinin eğitim durumları, eşlerinin mesleği, yaşadıkları aile tipi, aile bütçesini kimin yönettiği, çocuk

varlığı, varsa sayısı, daha önce infertilite tedavisi alanların tedavi sayıları ve tedaviyi kimin istediği, daha önce psikiyatrik danışma alma durumları, sigara ve alkol kullanma durumları, kronik hastalıkları, ilk evlilik yaşları, şimdiki evlilik süreleri ve şimdiki evliliklerini kaç yaşında yaptıkları ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ancak araştırmaya katılan erkeklerde evlilik uyumu olup olmadığı ile meslekleri, daha önce infertilite tedavisi alma durumları ve kaçınıcı evlilikleri olduğu arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup bu ilişki daha önce infertilite tedavisi alma durumları ve kaçınıcı evlilikleri olduğu için sınırdadır (değerlerdedir ($p<0,05$)).

Tablo 14. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ve evlilik uyum ölçeği puanları arasındaki ilişki

	Evlilik Uyum Ölçeği	Kişi sayısı	Ortalama	Standart sapma	p Değeri
Yaş	<43 puan	56	33,68	5,769	0,202
	≥43 puan	230	35,06	7,538	
İlk evlilik yaşı	<43 puan	56	27,27	3,802	0,123
	≥43 puan	229	26,10	5,337	
İnfertilite tedavisi alma sayısı	<43 puan	56	1,05	1,976	0,126
	≥43 puan	229	0,62	1,536	
Çocuk sayısı	<43 puan	56	0,34	0,695	0,547
	≥43 puan	56	5,45	4,604	
Evlilik süresi	<43 puan	56	5,45	4,604	0,464
	≥43 puan	230	5,98	4,922	

Tablo 14’de katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ve Evlilik Uyum Ölçeği’nden aldıkları puan arasındaki ilişki verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerden ölçekten 43 puan ve üzerinde almış olanların ($n=230$) yaş ortalaması $35,06\pm7,54$, 43 altında puan alanların yaş ortalaması $33,68\pm5,77$ olarak saptanmıştır.

Evliliğe uyumlu bulunan grup içerisinde ilk evlilik yaş ortalaması $26,10\pm5,34$ olup, evliliğe uyumlu olmayan grupta bu ortalama $27,27\pm3,80$ olarak bulunmuştur.

Ölçekten 43 puan ve üzerinde alanlardan daha önce alınan infertilite tedavisi ortalaması $0,62\pm1,54$, çocuk sayıları ortalaması $0,42\pm0,91$ ve evlilik süreleri ortalaması $5,98\pm4,92$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaş ortalaması, daha önce alınan infertilite tedavi sayısı, çocuk sayısı ve evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Katılımcıların çatışma taktikleri ölçeği-2 ve evlilik uyum ölçeği puanları arasındaki ilişki

Evlilik Uyum Ölçeği		<43 puan	≥43 puan	Toplam	p Değeri
Psikolojik Şiddet	Yok	1	18	19	0,137
	Var	55	212	267	
Fiziksel Şiddet	Yok	25	154	179	0,002*
	Var	31	76	107	
Cinsel Şiddet	Yok	48	212	260	0,132
	Var	8	18	26	
Ekonomik Şiddet	Yok	29	165	194	0,004*
	Var	27	65	92	
Genel Şiddet	Yok	1	18	19	0,137
	Var	55	212	267	

Tablo 15’de katılımcıların Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 ve Evlilik Uyum Ölçeği puanları arasındaki ilişkileri verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerden Evlilik Uyum Ölçeği’nden 43 puan altında alan 55 kişinin (% 98,2) eşine psikolojik şiddet uyguladığı, % 55,4’ünün (n=31) fiziksel şiddet uyguladığı, % 48,2’sinin (n=27) ekonomik şiddet uyguladığı, % 14,3’ü (n=8) cinsel şiddet uyguladığı bulunmuştur.

Katılımcıların evlilik uyum durumları ile eşlerine uyguladıkları psikolojik şiddet, cinsel şiddet ve genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Erkeklerin her iki ölçek sonucuna göre ise evlilik uyumu ile ekonomik şiddet ve fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 16. İnfertil çiftlerde erkeğin eşine uyguladığı şiddeti ölçen çatışma taktikleri ölçeği-2 alt ölçekleri ile evlilik uyum ölçeği’nin birbirleriyle korelasyon analizi

	Evlilik Uyumu	Psikolojik Şiddet	Fiziksel Şiddet	Cinsel Şiddet	Ekonomik Şiddet
Evlilik Uyumu	1	-,343**	-,293**	-,163**	-,253**
Psikolojik Şiddet	-,343**	1	,582**	,306**	,307**
Fiziksel Şiddet	-,293**	,582**	1	,212**	,330**
Cinsel Şiddet	-,163**	,306**	,212**	1	,046**
Ekonomik Şiddet	-,253**	,307**	,330**	,046**	1

N=286 ** $p<0,01$

Değişkenler arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü ortaya çıkarmak için kullanılan analiz korelasyon analizidir. Değişkenler arasındaki ilişkinin doğrusallığı

analizin önemli bir varsayımdır. Korelasyon katsayısı r ile gösterilir ve bu değer -1 ile +1 arasında değişim gösterir. Katsayının -1 değerine yaklaşması değişkenler arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğunu betimlerken, r 'nin +1'e yaklaşması değişkenler arasında pozitif ve güçlü bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Korelasyon katsayısının 0-0,3 arasında olması düşük, 0,3-0,7 arasında olması orta ve 0,7-1 arasında değer alması da yüksek düzeyde bir ilişkinin varlığının göstergesi olarak kabul edilmektedir.^{130,131}

Çalışmamızda genel şiddet ve evlilik uyumu arasındaki korelasyon katsayısı -0,318 bulunmuş olup aralarında negatif yönlü zayıf korelasyon vardır. Evlilik uyumu ile psikolojik şiddet, fiziksel şiddet, cinsel şiddet ve ekonomik şiddet arasında negatif ve zayıf düzey bir korelasyon vardır.



5. TARTIŞMA

İnfertilite sadece fiziksel bir sağlık sorunu değildir, çiftlerin psikolojik ve sosyal dengesine olan olumsuz etkileri nedeniyle kişiyi biyopsikososyal olarak etkileyen bir sağlık sorunudur.^{82,86,132,133}

İnfertilite olgularının % 40'ı erkeklerden kaynaklanıyor olmasına rağmen, erkeklerin fiziksel ve psikolojik iyi olma durumlarına yönelik araştırmalar azdır.¹³⁴

Literatürdeki çalışmaların çoğu kadınların infertilite tedavisi sürecindeki ruhsal durumunu incelemektedir.¹³⁵

İnfertilite tüm kültürler için bir kriz durumudur. Sosyal ve ailesel baskı, infertil çiftlerde psikolojik travma yaratmaktadır. Bu sorunlar karşısında kadın ve erkeğin başa çıkma mekanizmaları birbirinden farklılık göstermektedir. Kadınlar genellikle konuyla ilgili daha fazla bilgi edinme, okuma, problemlerini paylaşabileceği sosyal gruplara katılma eğilimindeyken, erkekler bu tür aktivitelere pek ilgi göstermemektedir. Çiftlerin savunma mekanizmalarındaki bu farklılık, evlilik ilişkisinde gerginliklere neden olabilmektedir.^{85,86,136}

Aile yapısını bozan sosyal ve ekonomik faktörler, şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Şiddet çeşitli kaynaklarda farklı olarak tanımlanmış olsa da temelde fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik şiddet şeklinde sınıflandırılmıştır.

Kadına yönelik şiddet tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli sorunlardan birisidir ve bu konudaki çalışmalar çoğunlukla kadınların düşüncelerini içermekte ve kadınların bildirimlerine dayanmaktadır.^{61,137}

Bu çalışma, infertilite tedavisi için başvuran çiftlerden erkeğin eşine uyguladığı şiddet ve evliliğe uyumunu tanımlamak amacı ile yapılmıştır. Sosyodemografik bilgi formu, Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 (ÇTÖ-2), Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ) ile elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmamızda, infertil çiftlerde erkeğin eşine uyguladığı şiddet durumunu ÇTÖ-2 ile ve katılımcıların evlilik uyumunu EUÖ kullanarak değerlendirdik.

Örneklemimizdeki erkeklerin yaş ortalamasının $34,79 \pm 7,24$ (minimum: 21, maksimum: 60) olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Çarkçı'nın yaptığı çalışmada, 150 erkeğin yaş aralığı 19-55 yıl olup yaş ortalaması $32,7 \pm 6,7$ yıl bulunmuştur. Yine Algül'ün çalışmasında, 215 kadın ve 165 erkek hastanın yaş

ortalaması, sırasıyla, $30\pm6,1$ ve $32,6\pm5,7$ olarak hesaplanmış olup bulgularımız, literatürle uyumludur.^{138,139}

Çalışmamıza katılan erkeklerin ilk evlilik yaş ortalaması $26,33\pm5,09$ yıl, evlilik süresi ortalama $5,87\pm4,86$ yıl olarak bulunmuştur. Katılımcılardan 242 (% 84,6) kişinin ise ilk evliliği olduğu ortaya çıkmıştır. Algül'ün yaptığı çalışmada erkeklerin % 89,1'inin ilk evliliği olduğu ve evlilik yaşının ortalama $26,78\pm4,04$ yıl; evlilik sürelerinin ise ortalama $5,60\pm5,24$ yıl olduğu belirlenmiştir.¹³⁹ Drosdzol ve Skrzypulec (2008) çalışmasında, infertil kadınların evlilik süresi $5,9\pm4,1$ yıl, infertil erkeklerin evlilik süresi $5,9\pm3,9$ yıl olarak belirlenmiştir.¹⁴⁰ Güleç ve arkadaşları (2011) çalışmasında infertil kadın ve erkeklerin ortalama evlilik yaşının $24,25\pm5,52$ yıl, evlilik süresinin ortalama $8,41\pm5,47$ yıl olduğunu belirtmiştir.¹⁴¹ Kılınç (2007) çalışmasında, infertil kadın ve erkeklerin ortalama evlilik süresini $8,39\pm4,71$ yıl olarak belirtmiştir.²⁴ İnfertilite tanısı almış 206 çiftle yapılan bir çalışmada çiftlerin ortalama $6,0\pm3,7$ yıldır evli oldukları saptanmıştır. İnfertil çiftlerle yapılan çeşitli çalışmalarda, evlilik süreleri 6 yıl ile 9 yıl arasında değişmektedir.^{88,115,142} Bizim çalışmamızda bulunun evlilik yaş ortalaması ve evlilik süre ortalaması literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılanların kaçınıcı evliliği olduğu literatür ortalamasına benzer olup Türkiye'de % 3 oranında görülen çok eşli evliliklerin nedeni de genellikle kadının infertil olmasına bağlanmaktadır.⁷³ Kenya'da eğer erkeğin ilk evliliğinde infertilite problemi varsa; çocuk sahibi olmak için bir ya da daha fazla eş alması zorunludur.¹⁴³

Çalışmamızda katılımcıların % 42,6'sı ortaokul ve altı mezunu olarak bulunmuşken % 30,8'i lise mezunu, % 26,5'i üniversite ve üzeri mezunu olarak bulunmuştur. Katılımcıların eşlerinin % 56,3'ü ortaokul ve altı mezunu, % 23,8'i lise mezunu, % 19,8'i üniversite ve üzeri mezunu olarak bulunmuştur ve % 76,9'u ev kadınıdır. Yapılan bir çalışmada, popülasyon cinsiyete göre ayrıldığında her iki cinsiyette de lise mezunlarının çoğunlukta olduğu görülmüştür (Kadın: % 37,2 Erkek: % 40,6). Kadın hastalarda % 2,7 oranında okur-yazar olup ek öğretimi olmayan hasta bulunmaktayken erkek hastalarda en düşük eğitim seviyesinin ilköğretim olduğu tespit edilmiştir.¹⁴⁴ Çalışmamızda ise katılımcıların ve eşlerinin çoğunlukla ortaokul ve altı mezunu olduğu, bunun nedeninin ise hastanemize başvuru yapan hastaların kırsal bölgeden gelme olasılığının yüksek oluşu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Turgay'ın yaptığı çalışmada 130 kadın (% 60,4) hastanın mesleği ve geliri varken 85 kadın hastanın mesleğinin olmadığı görülmüştür.¹⁴⁴ TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'de üreme çağındaki kadınların % 31'i çalışmaktadır. Çalışmamıza katılan erkeklerin eşlerinin çalışma durumu TNSA 2013 verilerine benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların % 33,1'i işçi, % 25,9'u memur olarak çalışmaktadır. Yapılan bir çalışmada, erkeklerin eğitim süresi ortalama $8,90 \pm 4,07$ yıl olarak belirlenmiş ve % 54,5'i işçi olduğu belirtilmiştir.¹³⁹ Yapılan başka bir çalışmada, erkeklerin % 60'ının işçi veya memur olduğu bulunmuştur.¹⁴⁵ Çalışmamızdaki meslek durumu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan erkeklerin % 82,9'unun (n=237) çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, infertil çiftlerin % 73,1'i çekirdek ailede, % 29,9'u geniş ailede yaşadığı tespit edilmiştir.¹³⁹ Çekirdek aile; yalnızca eşlerden veya eşler ve çocuklardan veya tek ebeveyn ve en az bir çocukta oluşan aileler olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım kapsamında, Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre; ülkemizde tek çekirdek aileden oluşan hane halklarının oranı %66,1'dir. En az bir çekirdek aile ve diğer kişilerden oluşan aile olarak tanımlanan geniş ailelerden oluşan hane halklarının oranı ise %16'dır.¹⁴⁶ Çekirdek aile oranı doğudan batıya gittikçe artmakta olup çalışmamızda bulunan çekirdek aile oranının yüksek olması çalışmanın Akdeniz bölgesinde yapılmış olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda erkeklerin % 37,1'i düzenli sigara içiyorken % 18,2'si ara-sıra kullandıklarını belirtmişlerdir. Hiç sigara içmeyen 81 kişi vardır (% 28,3). Alkol kullananların oranı ise % 14,3 olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, infertil erkeklerden % 18,2'si sigara kullandığını, % 20'si alkol kullandığını belirtmiştir.¹³⁹

Drosdzol ve Skrzypulec (2008) ise sigara kullanan infertil kadınların oranını % 18,9, infertil erkeklerin oranını % 30,3 olarak ifade etmiştir.¹⁴⁰

Fazla sigara kullanımı (günde 1-2 paket gibi) olan erkeklerin, spermelerinde daha fazla şekil ve hareket bozukluklarına ve anomalilere rastlanmaktadır. Sigara kullanımı diğer bazı etkenler ile birleşerek erkek infertilitesine neden olabilmektedir. Erkeklerin fazla sigara kullanımı; eşlerinin de pasif olarak sigara dumanına maruz kalmasına, nikotin solumasına ve reproduktif fonksiyonlarının azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca; sigara, infertilite tedavilerinde başarı olasılığını da düşürmektedir. Sigara kullanımı her yıl bu riski % 9 daha artırmaktadır.¹⁴⁷

Çalışmamıza katılan erkeklerin % 81,1'inde kronik hastalık öyküsü yoktur. % 93,7'si daha önce psikiyatrik danışma almamıştır. Yapılan bir çalışmada, infertil erkeklerden % 81,8'i herhangi bir sağlık sorunu yaşamazken, % 98,2'si herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtmiştir.¹³⁹ Kronik hastalık prevalansının normal toplumdakiyle aynı olduğu düşünülmektedir.¹⁴⁸ 2014 yılında yayınlanan bir meta-analizde psikolojik destek alan infertil hastalarda kontrol grubuna göre daha fazla gebelik elde edildiği ve semptomlarda iyileşme saptandığı ifade edilmiştir.¹⁴⁹

Araştırmamızın katılımcılarından % 76,2'sinin (n=218) daha önce infertilite tedavi öyküsü olmadığı, % 6,3'ünün (n=18) bir kez , % 6,3'ünün (n=22) iki kez, % 4,6'sının (n=13) üç kez , % 6,3'ünün (n=18) dört veya daha fazla IVF ya da IUI tedavisi olduğu saptanmıştır. Bu tedavileri katılımcıların % 79,6'sının (n=211) tedaviyi eşleriyle birlikte istedikleri, % 14,3'ünün (n=38) ise sadece eşinin istediği saptanmıştır. İnfertilite sık rastlanan ve önemli psikolojik, ekonomik, demografik ve medikal sonuçları olan bir durumdur ve infertilite tedavisi için gittikçe artan bir talep söz konusudur.

Amerika Birleşik Devletleri istatistiklerine göre 15-44 yaş arası kadınların % 6,1'i infertilite problemi yaşamakla beraber aynı yaş grubundaki kadınların % 11,3'ü en azından bir kere infertilite kliniklerine başvurmuşlardır.¹⁵⁰ Yapılan bir çalışmada, çiftlerin % 80 - % 90 oranında ilk 12 ayda gebelik elde ettiği; 24 aylık sonuçlar dikkate alındığında ise bu oranların yüzde 95'e yükseldiği gösterilmiştir.¹⁵¹ İnfertilite durumunda çocuk sahibi olabilmek için çiftlerin % 80,7'sinin ilk önce sağlık kuruluşu/sağlık personeline başvurduğu, ancak ilerleyen zaman içerisinde hocaya/yatıra vs. başvurma oranının arttığı görülmüştür. İnfertilitenin hem tanı hem tedavi süreci çoğu zaman uzun ve zahmetli aynı zamanda ekonomik açıdan oldukça masraflı olabilmektedir. Çeşitli nedenlerle bu süreci gerektiği gibi sürdüremeyen çiftlerin alternatif tedavi yöntemlerine başvurdukları söylenebilir.¹⁵² Çalışmamıza katılanların tedavi sayılarının giderek azalması literatürdeki bu bulguyla desteklenebilir. Turgay'ın yaptığı çalışmada ise hastaların % 47,0'si daha önce infertilite tedavisi almazken % 53 hasta daha önce tedavi almıştır.¹⁴⁴

Erkeğin aile içinde kadına uyguladığı şiddetin yaygınlığı, toplumsal kabulü ve kadın erkek karşıtlığı çerçevesinde gerçekleştirilmesi nedeniyle erkeklikle bağlantılı olarak düşünülmelidir. İnfertil çiftlerde, erkekler 'erk'lerinin zedelendiğini

düşünebilirler. Bu iktidar sarsılmasını şiddet uygulayarak kompanse etme yoluna gidebilirler.

Çalışmamıza katılan erkeklerden (n=286) % 93,4'ü eşlerine şiddet gösteriyor olarak bulunmuştur. Şiddet alt ölçeklerinden psikolojik şiddetin % 93,4 oranıyla en sık uygulanan şiddet türü olduğu ortaya çıkmıştır. Bunu % 37,4 ile fiziksel şiddet, % 32,2 ile ekonomik şiddet izlemektedir. Cinsel şiddet sıklığı ise % 9,1 olarak bulunmuştur. Katılımcılar şiddetin hangi türünü uyguluyor olurlarsa olsunlar buna psikolojik şiddet eşlik etmektedir.

Yıldızhan'ın (2009) çalışmasında, infertil çiftlerde kadınların % 33,6'sının infertilite nedeniyle aile içi şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada, psikolojik şiddetin, infertil kadınlarda en sık karşılaşılan şiddet türü olduğu, bunu fiziksel ve cinsel şiddetin izlediği bulunmuştur.¹⁰²

Ardabil ve arkadaşlarının Tahran'da infertilite merkezinde yaptığı çalışmada, infertil kadınların % 61,8'nin infertilite sorunu nedeniyle aile içi şiddet maruz kaldıkları bildirilmiştir. Psikolojik şiddetin, % 33,8 ile infertil kadınlarda aile içi şiddetin en yaygın türü olarak görüldüğü, bunu % 14 ile fiziksel şiddetin takip ettiği ve % 8'inde cinsel şiddet maruz kaldığı, % 6'sının infertil kadınlarda yaralanmaya yol açtığı tespit edilmiştir.¹⁰³

Ülkemizde yapılmış olan kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasına göre tek çeşit şiddet yaşayanlardaki en yaygın şiddet türü fiziksel şiddet (% 39) olarak bulunurken, cinsel veya fiziksel şiddet türünden en az birini yaşama oranı (% 42) daha yüksektir.⁹⁹ Yine ülkemizde Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre kadınların % 80,9'u eşi tarafından herhangi bir şiddet türüne maruz kalmaktadır.¹⁵³ Williams ve arkadaşlarının bir çalışmasına göre psikolojik şiddetin en yaygın eş şiddeti şekli olduğu ve bunu fiziksel şiddetle cinsel şiddetin izlediği saptanmıştır.¹⁵⁴ Çalışmamız sonucuna göre psikolojik şiddetin en sık uygulanan şiddet türü olduğu literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Dönmez ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkeklerin bildirimine göre erkeklerin üçte biri eşlerine hem ekonomik hem de fiziksel şiddet uygulamaktadır. Psikolojik şiddet beklenenden daha yüksek bulunmuştur. Erkeğin çalışmıyor olması veya düzensiz işlerde çalışması, alkol kullanması, kadının genç yaşta olması fiziksel şiddet ile ilişkili etmenlerdir. Erkeklerin şiddeti daha çok fiziksel şiddet olarak

değerlendirdikleri saptanmıştır. Özellikle psikolojik ve ekonomik şiddet kavramları bilinmemekte ve bunlar doğal süreç olarak algılanmaktadır.¹⁴⁵ Çalışmamızda şiddet, şiddetin alt boyutları ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda erkeklerin % 63,8'inin aile bütçesini kendi yönetmekte olduğu, % 28,4'ünün eşiyle birlikte yönettiği bulunmuştur. Bu durumun hem erkekler hem kadınlar tarafından ekonomik şiddet olarak algılanmadığı Dönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile desteklenebilir.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre her beş kadından ikisi, kendi kazancının kullanımına ilişkin kararı kendisi verirken, kadınların yarısının bu kararı kocaları veya diğer kişilerle beraber verdikleri, kadınların % 10'unun kendi kazançlarının kullanımına ilişkin söz hakkı bulunmadığı saptanmıştır. Bulunan bu değerlerin ekonomik şiddetin göstergesi olabileceği düşünülebilir.

Ülke genelinde yapılmış bir çalışma olan 'Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet' araştırmasında, yaşamlarının herhangi bir döneminde eşleri ya da birlikte oldukları erkekler tarafından fiziksel ve cinsel şiddete uğrayan kadınların oranı % 41,9, son 12 ay içinde fiziksel ya da cinsel şiddete uğrayan kadınların oranı % 13,7 olarak bulunmuştur. Tüm şiddet türleri, kırsal alanda yaşayan, eğitim ve refah düzeyi düşük kadınlarda daha sık görülürken, kentte yaşayan kadınlar daha az şiddet görmekte, eğitim ve refah düzeyinin yükselmesiyle birlikte şiddetin yaygınlığı azalmaktadır.^{7,137} Çalışmamızda uygulanan şiddet oranı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

KAMAR tarafından 23 ilde 2007 kişiyle yapılan çalışmada; görüşülenlerin % 64'ü erkeklerin eşlerini dövmesini doğru bulmuştur. Kadınların da % 35,1'i dayak yemeyi hak eden davranışlarda bulunduklarını ifade etmişlerdir.¹⁵⁵ Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet adlı çalışmasının 2008 Raporu'na göre her 100 kadından 86'sı fiziksel şiddetin kabul edilemez olduğunu savunmuştur.

Akyüz'ün çalışmasında, evlilikte şiddet düzeyi, infertilite tedavisi uzun süren kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Uzun süren ve başarısız infertilite tedavi döngüleri evlilikte şiddete yol açabilecek stresi yoğunlaştırdığı öne sürülmektedir.⁸⁴ Çalışmamızda infertilite tedavisi deneme sayısı maksimum 10 kez olup katılımcıların uyguladığı şiddet ile anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Yapılan bir çalışmada kadının herhangi bir tür şiddet görmesinde eşinin yaşı, evlilik süresi koruyucu faktörler olarak bulunurken evlenme şekli ve eşinin ailesinde kadına yönelik şiddetin varlığı önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur.¹⁵⁶ Çalışmamızda erkeğin yaşı ve şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamış olup yaş skalasının geniş olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Abramsky ve arkadaşlarının, DSÖ'nün on farklı ülkede yürüttüğü kadına yönelik eş şiddeti çalışması verilerini yeniden analiz edip farklı yerleşimlerde ortak risk faktörlerini belirledikleri çalışmalarında; artan eğitim, yüksek sosyoekonomik düzey ve resmi evliliği koruyucu etmenler olarak; alkol, geniş aile, genç yaş, çocukluk çağı istismarı, şiddet barındıran aile içinde büyüme ve yetişkinlikte diğer şiddet davranışları sergilemeyi eş şiddetini arttıran risk faktörleri olarak tanımlamışlardır.¹⁵⁷ Çalışmamızda eğitim, yaş, alkol kullanımı, evlilik süresi, aile tipi gibi sosyodemografik özelliklerle şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu farklılığın, katılımcıların toplumu temsil etmiyor oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluklar yaşarlar. İnfertilite tanısı, çiftlerin evlilik yaşantısında, daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir. Bu kriz çiftler için, hem bireysel hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken zor bir durumdur.^{6,85} Birbiri ile etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır. Evlilik uyumu ayrıca çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatındaki memnuniyeti ve mutluluğu da tanımlar.¹⁵⁸

Evliliği etkileyen pek çok unsur söz konusudur bu unsurların en önemlileri çiftlerin sosyodemografik özellikleridir. Gelir durumu, eğitim düzeyi, yaş gibi faktörlerin evlilikte mutlu olma düzeyini etkilediği ve evlilik uyumunda önemli role sahip olduğu çok sayıda çalışmada ifade edilmektedir.^{125,159-164} Çalışmamızda evlilik uyumu bulunan erkeklerin yaş ortalaması $35,06 \pm 7,54$ olup yaş ve evlilik uyumu arasında istatistiksel anlam bulunamamıştır. Evlilik uyumu bulunan 104 kişi (% 42,7) ortaokul ve altı mezunu olup eğitim durumunun da evlilik uyumuyla anlamlı ilişkisi bulunamamıştır. Literatürden farklı olarak çalışmamızda yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerin evlilik uyumunu etkilemediği saptanmıştır.

Evlilik uyumunun çocuk sayısına bağılı olarak değişmediğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır.⁷² çocuklar küçük yaştayken evlilikte istikrarı artırmaktadır, diğer yandan da evlilikte kaliteyi düşürmek gibi çelişkili bir etkiye sahiptir. Çalışmamızda ocuk olup olmaması ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Evlilik süresi, evlilik uyumunu etkilemektedir. Evliliğin ilk yıllarında evlilik uyumunun düşük olduğuna ancak evlilik süresi ilerleyip çocuklar evden ayrıldıktan sonra daha yükseldiğine ilişkin araştırma sonuçları bulunmaktadır.¹⁵⁹

Evlilik süresinin, cinsiyetler açısından evlilik uyumunu nasıl etkilediğine ilişkin araştırmalarda ise, kadınlarda evlilik uyumunun evlilik süresi arttıkça düştüğü, erkeklerde ise yükseldiği belirlenmiştir.¹⁶⁵ Yapılan bir çalışmada ise erkekler için evlilik süresi anlamlı bulunurken, kadınlara için anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.¹⁶⁶ Erkek katılımcılarla yaptığımız çalışmamızda evlilik süresi ve evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır.

Evli çiftlerin mesleği de evlilik uyumuyla ilişkilidir. Kadınlara mesleksel statüleri, kocalarının evlilik doyumunu üzerine etkili olmamaktadır. Bununla birlikte, çalışan kadınlara kocaları, çalışmayan kadınlara kocalarına oranla daha az evlilik doyumuna sahiptir.¹⁶³ çalışmamızda literatürü destekleyecek şekilde erkeğin mesleği ve evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ama eş mesleği ile evlilik uyumu anlamlı ilişkili değildir.

Bayram (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, infertil çiftlerde evlilik uyumunun kontrol grubundan daha yüksek olduğu, cinsiyetler arası farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Kalitatif veriler sonucunda ise; infertilite deneyimlemiş çiftlerde genel yaşam kalitesinin bozulduğu ancak evlilik bağlarının ocuk sahibi olmadan öncekine kıyasla güçlendiği belirlenmiştir.¹¹⁷ çalışmamızda da infertilite tedavisi alma durumu ile çiftlerde erkeğin evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum erkeğin evlilikten ve ocuk sahibi olacağından umutlu olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Vaka-kontrol çalışmalarında erkeklerin yaşam kalitesi ve evlilik uyum ölçeklerinden aldıkları puanlar, kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı fark bulunmazken, kadınlara yaşam kalitesi ve evlilik uyumu daha düşük bulunmuştur. Literatürdeki alışmalar, özellikle kadınlara infertiliteye gösterdiği kişisel tepkilere odaklanmıştır. Bu araştırmalarda, aynı duruma infertil kadının eşinin verdiği tepki göz

ardı edilmiş, infertil bir kişinin deneyiminin eşini nasıl etkilediği üzerinde durulmamıştır.¹⁶⁷ Çalışmamızda, infertil çiftlerde erkeklerin evlilik uyumunu araştırılmış ve çoğunluğunda (% 80,4) evlilik uyumu var olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda evlilik uyumu ile cinsiyet, yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, eş eğitimi, meslek, eş mesleği, aile tipi ve çocuk sayısı arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Söz konusu değişkenlerin evlilik uyumu ile anlamlı ilişki göstermedikleri belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, iş, eğitim düzeyi, evlilik süresi gibi değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkili olmadığını gösteren başka çalışmalar da vardır.¹⁶⁸⁻¹⁷⁰ Ancak tersi yönde bulgular da mevcuttur.

Demiray eşin yaşı ve evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında, Şener ve Terzioğlu ise öğrenim düzeyi, ailenin aylık geliri, 35 yaş ve sonrasında evlenme, sahip olunan çocuk sayısı, eşler arasındaki yaş farkı ve evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişkiler elde etmiştir.^{171,172}

Genel olarak değerlendirildiğinde; çalışmamızın bulguları, sosyodemografik değişkenlerle evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki olmadığı yönündeki bulguları desteklemektedir ancak ilgili değişkenler açısından daha geniş örneklemle yapılacak araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmamızda şiddet ve evlilik uyumu arasında negatif yönlü zayıf korelasyon vardır. Evlilik uyumu ile fiziksel şiddet ve ekonomik şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. İnfertil çiftlerde psikolojik şiddet ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki beklememize rağmen istatistiksel anlam bulunamamıştır. Literatürde, şiddet ve evlilik uyumu ile ilişkili yeterli çalışmaya rastlanamamıştır. Bu durum çalışmamızın topluma genellenemeyeceği için daha geniş örneklemle yapılacak çalışmalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamıza katılan erkeklerin yaş ortalaması $34,79 \pm 7,24$ yıl, ilk evlilik yaş ortalamaları $26,33 \pm 5,09$ yıl ve evlilik süreleri $5,87 \pm 4,86$ yıl olarak bulundu.

Katılımcıların % 42,6'sı ve eşlerinin % 56,3'ü ortaokul ve altı mezunu, % 30,8'i ve eşlerinin % 23,8'i lise mezunu, % 26,5'i ve eşlerinin % 19,8'i üniversite ve üzeri mezunu olduğu bulundu.

Katılımcıların % 37,6'sı serbest meslekle uğraşmaktaydı, % 33,1'i işçi, % 25,9'u memur ve % 3,6'sı emekli veya çalışmıyordu. Eşlerin % 76,9'u ev kadınıydı.

Katılımcıların % 82,9'u çekirdek ailede yaşıyordu ve aile bütçesini % 63,8'i kendi yönetiyordu.

Katılımcıların % 23,8'inin daha önce infertilite tedavi öyküsü vardı, % 17,4'ü bir kezden fazla tedavi almışlardı ve % 24,5'inin çocuğu vardı.

Katılımcıların % 37,1'i düzenli sigara içicisiydi, % 18,2'si ise ara sıra içiyordu. Alkol kullananların oranı ise % 14,3 olarak bulundu.

Katılımcıların % 18,9'unun kronik hastalığı vardı (en sık görülen diabetes mellitus ve hipertansiyon), % 6,3'ü daha önce herhangi bir nedenden dolayı (depresyon, stres yönetimi, cinsel terapi vb.) psikiyatrik danışmanlık almıştı.

Çalışmamıza katılan infertil çiftlerden erkeklerin % 93,4'ü eşlerine şiddet uyguluyor olarak bulundu. Şiddet alt ölçeklerinden en sık uygulanan psikolojik şiddetti. Fiziksel şiddet ise ikinci sıklıkta uygulanan şiddet türü olarak bulundu. Bunu ekonomik ve cinsel şiddet takip etmekteydi.

Çalışmamıza katılan erkeklerin uyguladıkları genel şiddet ile mevcut sosyodemografik veriler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Şiddet alt ölçeklerinden fiziksel şiddet ile çocuk varlığı ve sigara kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). Yine alt ölçeklerden cinsel şiddet ile daha önce infertilite tedavisi alma durumu, çocuk varlığı ve sigara kullanım durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). Şiddet alt ölçeklerinden ekonomik şiddet ile eşin çalışma durumu ve aile tipi arasında anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$).

Çalışmamıza katılan infertil çiftlerde erkeklerin % 80,4'ünün evlilik uyumunun iyi olduğu bulundu.

Çalışmamızın mevcut bulguları ile çalışma durumu, daha önce infertilite tedavisi alma durumu ve kaçınıcı evlilik olduğu gibi sosyodemografik değişkenlerle evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Çalışmamıza katılan erkeklerin eşlerine uyguladıkları şiddet ile evlilik uyumları arasında negatif yönlü zayıf korelasyon olduğu bulundu. Şiddetin alt ölçeklerinden fiziksel şiddet ve ekonomik şiddet ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

6.2. Öneriler

İnfertilite sadece üreme fonksiyonlarını ilgilendiren bir durum olmaktan öte çiftleri biyopsikososyal, kültürel ve varoluşsal olarak etkileyen bir sağlık sorunudur. Bütüncül yaklaşım modelini uygulayan aile hekimi, infertilitenin yalnızca bireyi değil, ailesini de etkileyen bir kriz olduğunu bilmeli, infertil çiftlere bakım verirken ‘aile merkezli’ yaklaşımda bulunmalıdır. İnfertilitenin, çiftin sorunu olduğu ve bu sorunun ekip yaklaşımıyla ele alınması gerektiğini unutmamalıdır.

Aile hekimli, infertil çiftlerle çoğu zaman ilk temas noktasında yer almaktadır. Bu nedenle, aile hekimi, infertilite ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmalı, sorunlarla başa çıkma yöntemlerini bilmeli ve bu konuda danışmanlık yapabilmelidir.

Aile hekimi, birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarını ve diğer disiplin uzmanlarından alınan sağlık hizmetini koordine edebilme yeterliliğine sahip olmalıdır. Aile hekimliği çekirdek yeterliklerinden savunmanlık rolü, etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumu ve sağlık hizmeti kullanımı, hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanması ve gereksiz tetkiklerin önlenmesi ile yerine getirilmelidir.

Aile hekimi, uygun ve etkili girişimlerle kişinin sağlık durumunu geliştirebilmelidir. Çiftlere tedavi boyunca duygusal destek verebilmelidir. Çiftleri infertilite konusunda bilgilendirmeli, varsa başka infertil çiftlerle destek gruplarında yer almalarını sağlayarak infertilite sorununda yalnız olmadıklarını anlamalarına yardımcı olmalıdır.

Aile hekimi toplumdaki bilgi eksikliğinin giderilmesi amacıyla seminer, kitap, broşür, film gibi görsel işitsel araçların geliştirilmesine yardımcı olmalı ve medyadan yararlanabilmelidir.

Aile hekimi sahip olduğu çekirdek yeterlilikler ile aile içi şiddeti keşfetmede, karşı durmada ve belki önlemede çok önemli role sahiptir.

Hastaların birinci basamağa ulaşması, hekim ve hekim dışı birinci basamak sağlık çalışanı ile yakın ilişki kurması daha kolaydır ve şiddet kurbanları genellikle hukuk ya da ruh sağlığı çalışanları yerine birinci basamak hekimlerinden yardım isterler.

Aile hekimi, hastalarını ailenin yaşam döngüsünün her evresinde görürler ve bu durum, ona şiddetin kuşaklar arası ve döngüsel doğasına müdahale etme şansı verir.

Aile hekimi, korunmanın her üç aşamasını da etkin olarak yürütebilmelidir. Aile hekimi, korucu hekimlik yaklaşımıyla şiddeti önleme çabasında olmalıdır. Kadın ve erkek hastalarla yapacağı işbirliği ile kadın erkek eşitsizliklerini ortadan kaldırma ve şiddet, taciz ile ilgili kapsamlı yasaların çıkarılması konularında savunuculuk yapmalıdır. Kadınların güçlendirilmesi ve toplumdaki statülerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapmalıdır. Evlilik öncesi eğitim ve danışmanlık hizmeti sunumu, tıbbi kayıtların doğru, iyi ve düzenli tutulması da aile hekiminin yapabileceği primer korunma kapsamında yer alır.

Sekonder korunmada aile hekimi sorunu erken dönemde tanımlayabilmeli ve zararı önlemeye çalışmalı, tersiyer korunmada ise geç evrelerde tanımlanmış sorunlarda, mevcut zararı gidermeye çalışmalı ve daha ileri zarar olmaması için korunma yollarını aramalıdır.

Aile hekimliğinin bir tıp disiplini olarak kendine özgü bir görüşme süreci vardır. Aile hekimi süreçte infertil bireyler dahil olmak üzere hekime başvuramayan veya sorunlarını anlatamayan hastalarının, eş şiddeti uygulayıcısı olabilecek kişilerin veya eş şiddetine maruz kalan kurbanların güvenini kazanmalıdır. Bu güven, tanı, ortak strateji belirleme ve tedaviye uyumu artırması nedeniyle çok önemlidir.

Aile hekimi, eş şiddeti gören veya uygulayan hastalarının uygun sağlık hizmetleri almaları, sivil toplum örgütlerinden ve devlet kuruluşlarından faydalanmaları konusunda yardımcı olabilecek donanıma sahip olmalıdır. Ayrıca bir aile hekimi toplum yönelimli olma sorumluluğunu taşımaktadır, toplumumuzda eş şiddetinin yönetimi için kullanılabilecek sınırlı sayıdaki kaynakları dengeli ve verimli bir biçimde kullanarak bireylerin sağlık gereksinimleriyle toplumun sağlık gereksinimlerini karşılama yetisini kullanabilmelidir.

Eş şiddetinin ölümcül olabileceği hakkında bireyi uyarmak ve bir güvenlik planı oluşturmak da önerilir. Şiddet gören kadınlar için kurumsal kaynakların bir listesi (sığınma evi, polis, danışma merkezleri vs.) oluşturulabilir.

Aile hekimi eşlere basit öfke yönetimi teknikleri öğretebilir. Çoğu çift, aile hekiminin bu alevlenmelerin tehlikeli olduğu ve değişmesi gerektiği konusundaki güçlü ifadesine uyum gösterir. Eğer hekimin önerisiyle durumun değişimi sağlanamıyorsa dış destek alma konusunda anlaşma sağlanmalıdır. Yüksek riskli çiftlerde aile hekimi her görüşmede şiddet işaretleri arar ve eşlerle yalnız görüşür. Saldırgan davranışların sıklığı ve şiddeti artıyorsa çift sevk edilmelidir.

Her iki eş için de infertilite süreci güç ve travmatiktir. Eşlerin birbirlerine destek olmaları, eşler arasında duygu ve endişelerin paylaşılması bu zorlu sürecin aşılmasında büyük yarar sağlar. Birbirine destek olmak, birlikte çalışmak; stresi azaltmada ve eşler arasındaki iletişimin gelişmesinde etkili olacaktır.

Aile hekimleri süreklilik ilkesiyle bireyin yaşamında tüm döngülerde yer almaktadır. Evlilik için başvuran çiftlere istenecek tahlillerin yanı sıra evlilik öncesi danışmanlık verilebilir. Evli çiftler Evlilik Uyum Ölçeği ile değerlendirilip uyumsuz olan çiftlere destek verilebilir.

İnfertil çiftlerin sigara içmemesi ya da tedaviye başlamadan önce sigarayı bırakmaları tedaviden başarılı sonuçların elde edilmesi açısından son derece önemlidir. Sigara içen çiftlerde infertilite görülme oranı, içmeyenlere oranla on kat daha fazladır.

Aile hekimi, hastalarına ilk görüşmeden itibaren sigara alışkanlığını sormalıdır. Sigara içiyorsa günde ne kadar içiyor, sigarayı bırakmaya niyetli olup olmadığını sorgulamalıdır. Eğer bırakmayı düşünmüyorsa tavsiyede bulunup her görüşmede hastanın niyetini sorgulamalıdır. Sigarayı bırakmak istiyorsa tedaviyi planlayıp yardımcı olmalı ve izleme programı oluşturmalıdır. Gerektiği durumlarda ilgili merkezlere sevk etmeli ve nüks açısından hastanın takibini yapmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. **Dohle GR, Colpi GM, Hargreave TB, Papp GK, Jungwirth A, Weidner W.** EAU guidelines on male infertility. *Eur Urol* **2005**; 48:703-711.
2. **Şimşek S.** Sociocultural effects of infertility. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal* **2017**; 12:55-699.
3. **WHO Consultation.** Violence Against Women. Geneva, World Health Organization, **1993**.
4. **Yılmaz A.** Eşler arasındaki uyum: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Aile ve Topum Dergisi*, **2001**; 4(1):49-58.
5. **Kızılkaya N.** İnfertil çiftlerin bilgileri, uygulamaları ve infertilitenin psiko-sosyal değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1987**.
6. **Albayrak E, Günay O.** State and Trait Anxiety Levels of Childless Women in Kayseri, Turkey, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, **2007**; 14:1-6.
7. **Öztürk AB.** Erkeklik ve Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet: Eşine Şiddet Uygulayan Erkekler, *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, **2014**.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP (Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) Genel Müdürlüğü. *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*, Kontraseptif Yöntemler. Ankara: Damla Matbaacılık; **2000**:320-322.
9. **Çivi S.** *İnfertilite Epidemiyolojisi*. İçinde Nedim Çiçek (Ed.), Temel Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; **2007**:1-10.
10. **Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al.** The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO), **2009**.
11. **Wright KP, Johnson JV.** İnfertilite İçinde: R.S. Gibbs, B.Y. Karlan, A.F. Haney, I. Nygaard (Eds.). *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; **2010**:705-715.
12. **Guz H, Ozkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A.** Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **2003**; 24:267-271 .
13. **Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE.** Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, **2006**; 21(9):2443-2449.

14. **Mustafaoğlu N.** Doğurganlık ve infertiliteyi etkileyen faktörler. http://www.kucukinsan.com/306_1_1_dogurganlik-ve-infertiliteyi-etkileyen-faktorler-makale.html, Erişim tarihi: 21.5.2018.
15. **Oğuz HD.** İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri, *Uzmanlık tezi*. İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. **2004**.
16. **Dohle GR, Weidner W, Jungwirth A, Colpi G, Papp G, Pomerol J, Hargreave TB.** *EAU İnfertilite Kılavuzu*, İstanbul, **1992**.
17. **Speroff L, Glass NH, Kase RG.** Clinical Gynaecologic Endocrinology and Infertility. 7 nd edition, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, **2007**.
18. **Kuş C.** İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: Marmara Üniversitesi, **2008**.
19. **Medicine.** P.C.o.t.A.S.f.R., Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. Fertility and sterility, **2008**; 90(5):60.
20. **No CO.** Female age-related fertility decline. *Fertility and Sterility*, **2014**; 101(3):633-634.
21. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Aile Planlaması*. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık; **2007**:499-519.
22. **Şirin A, Kavlak O.** *Kadın Sağlığı, Kadın ve Cinsellik*. Bedray yayıncılık; **2008**:1-110 .
23. **Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB.** Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and Sterility* **2010**; 15- 282.
24. **Kılınç RA.** Çukurova Üniversitesine başvuran infertil çiftlerde İn Vitro Fertilizasyon endikasyonları. *Uzmanlık Tezi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Adana, Türkiye. **2007**.
25. **Eker D, Arkar H, Yıldız H.** Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2001**; 12(1):17-25.
26. **Aksu T, Demirtaş E.** *Yardımcı üreme teknikleri içinde: kadın hastalıkları ve doğum tanı ve tedavi*. Günel GS, Tuncer ZS (Eds) Pelikan Yayınları; **2004**:567-583.
27. **Bakacak ZB.** Antimüllerian hormonun IVF sikluslarında over rezervini belirlemedeki rolü, *Uzmanlık Tezi*, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. İstanbul. **2005**.

28. **Teskereci G.** İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, Antalya, Danışman: Doç.Dr.Semra Öncel, **2010**.
29. **Aktürk FS.** Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, **2006**.
30. **Gürkan T, Demiroğlu A.** *İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite.* Ed: Çolgar U. İstanbul Medikal Yayıncılık, **2006**.
31. Practice Committee of American Society for Reproductive, M., Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril*, **2015**; 103(6).
32. **Kavlak O, Saruhan A.** İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, **2002**; 4:229-232.
33. **Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G, Krausz C.** European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. *Eur Urol* **2012**; 62:324-332.
34. **Schlegel PN, Chang TSK, Marshal FF.** Antibiotics: potential hazard to male fertility. *Fertil Steril* **1991**; 55:235-242.
35. **Davar R, Sekhvat L, Naserzadeh N.** Semen parameters of non-infertile smoker and non-smoker men. *J Med Life* **2012**; 5:465-468.
36. **Bracken MB, Eskenazi B, Sachse K, McSharry JE, Hellenbrand K, Leo-Summers L.** Association of cocaine use with sperm concentration, motility, and morphology. *Fertil Steril* **1990**; 53:315-323.
37. **Kunzle R, Mueller MD, Hanggi W, Birkhauser MH, Drescher H, Bersinger NA.** Semen quality of male smokers and nonsmokers in infertile couples. *Fertil Steril* **2003**; 79:287-291.
38. World Health Organization Laboratory Manual for the Examination of Human Semen and Sperm-Cervical Mucus Interaction. 4th edition, Cambridge, Cambridge University Press, **1999**.
39. **Kraft AD, Palombo J, Mitchell D.** The psychological dimensions of infertility. *Am J Orthopsychiatry* **1980**; 50:618-628.
40. **Sadock BJ, Sadock VA.** Synopsis of Psychiatry. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2003**.
41. **Kayıkçı MA, Çam HK, Akman Y, Erol A.** Erkek İnfertilitesini Değerlendirmede Semen Analizinin Özellikleri ve Rolü. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* **2002**; 4(3):35-38.

42. **Chandley AC.** Chromosome anomalies and Y chromosome microdeletions as causal factors in male infertility. *Human Reproduction* **1998**; 13(1).
43. **Conrad R, Schilling G, Longenbuch M, Haidl G, Liedtke R.** Alexithymia in male infertility. *Human Reproduction* **2001**; 16(3):587-592.
44. **Kretser DM, Baker HWG.** *Human Infertility: The male factor.* In Reproductive Endocrinology, Surgery and Technology. Adashi EY, Rock JA, Rosenwaks Z. (Eds). **1996**:2031-61.
45. **Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Öneroğlu LS.** *Erkeğe bağlı infertilite*, Androloji, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı; Ed. Ankara: Güneş Kitabevleri; **1996**:1119-1129.
46. **Morice P, Josset P, Dubuisson JB.** History of Sterility in Ancient Times. *Contrasept Fertil Sex*, **1995**; 23(6):423-427.
47. **Aşkın U.** Post-Modern Dünyamızın Yeni Ruh Hali: Rengi Kırmızı, Adı Şiddet. Çalışma Ortamı. Temmuz-Ağustos 93, **2007** Erişim: www.fisek.org.tr, Erişim Tarihi: 12.05.2018.
48. **Wolf R, Daichman L, Benett G.** Abuse of the elderly. In World Report on Violence and Health (Eds EG Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, AB Zwi, R Lozano): Geneva, WHO, **2002**; 125-127.
49. **Haz JA, Simpson ESC.** Weirion, The Oxford English Dictionary, cilt: XIX, Oxford: Clarendon Press, **1989**:654-655.
50. **Michaud Y.** *Şiddet*, çev; C. Muhtaroglu, İstanbul: iletişim Yayınları, **1991**.
51. **Harcar T, Çakır Ö, Sürgevil O, Budak G.** Kadına Yönelik Şiddet ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu, *Toplum ve Demokrasi*, **2008**; 2(4):51-70.
52. **Jeunemaitre X, Soubrier F, Kotelevtsev YV, et al.** Molecular basis of human hypertension: Role of angiotensinogen. *Cell* **1992**; 71:169.
53. **Watts C, Zimmerman C.** Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* **2002**; 359:1232-7.
54. **Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ.** Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. *Am J Public Health* **2000**; 90:553-9.
55. **Atay T.** “Erkeklik” en çok erkeği ezer. *Toplum ve Bilim*, **2004**; 101:11-30.
56. **Gilmore D.** The manhood puzzle. C. B. Brettell ve C. F. Sargent (Ed.), Gender in cross-cultural perspective. New Jersey: Prentice Hall, **1997**.

57. **Kaufman M.** The seven ps of mens violence. (www. michaelkaufman.com), **1999**.
58. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi:10.06.2018.
59. **Subaşı N, Akın A.** *Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları*. Akın A (Editör). Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; **2003**:231-47.
60. **Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Alavimajd H.** Domestic violence in Iranian infertile women. *Med J Islam Repub Iran* **2014**; 22(28):152.
61. **Altınay GA, Arat Y.** *Türkiye’de kadına yönelik şiddet* (2. baskı). İstanbul: Metis, **2008**:81.
62. **KSGM-Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.** Türkiye’de kadına yönelik şiddet araştırması. Ankara, **2009**:46-52.
63. **Mullender A.** Rethinking domestic violence- The social work and **1996**.
64. **İşiloğlu B.** Anksiyete ve Depresyon Tanısı ile İzlenen Evli Kadınlarda Aile içi Şiddetin Sosyodemografik Faktörler, Çift Uyum ve Hastalıkla ilişkisi. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim **2006**.
65. **Fidanoğlu O.** Evlilik Uyum, Mizah Tarzı ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişki. T.C Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Psikolojik Danışman ve Rehberlik AD, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, **2006**.
66. **Yıldırım İ.** Evli bireylerin uyum düzeyleri. *3P Dergisi*, **1993**; 1(3):249-57.
67. **Balkan E, Coşkun A, Ergüney H.** Halk Eğitim Merkezleri Aile Sağlığını Geliştirme Programı Üreme Sağlığı El Kitabı. İstanbul: TAP Vakfı Yayınları, **2007**.
68. **Sezer Ü.** *Aile Yapısı ve İlişkileri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, **2004**.
69. **Spainer GB.** The measurement of marital quality. *Journal of Sex&Marital Therapy*, **1979**; 5(3).
70. **Akar H.** Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde; Çift Uyum ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı, **2005**.
71. **Erbek E.** Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde Çift Uyum, Problem Çözme Becerisi, Boyun Eğici Davranış, Öfke Tutumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy, **2004**.

72. **Tutarel-Kışlak Ş.** Evlilikte Uyum Ölçeğinin güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *3P Dergisi*, **1999**; 7(1):50-57.
73. **Demirci H.** İnfertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal ve psikoseksüel etkileri. Nezihe Kızılkaya Beji (Ed). İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, **2001**; 1.
74. **Callister LC.** The pain and the promise of unfilled dreams: infertile couples Crane D. R, Marshall E. S. (Ed.). Handbook of Families and Health. Chapter 6. Sage Publications, Inc, Portland, OR, **2005**; 96-112.
75. **Hill, StP, Lipson JG, Meleis AI.** Caring for women cross-culturally. Philadelphia P.A: F.A.Davis Company, **2003**.
76. **Lee SH, Kuo BJ.** Chinese traditional childbearing attitudes and infertile couples in Taiwan. *The Journal of Nursing Scholarship*, **2000**; 32(19):54-55.
77. **Saydam BK.** Türk toplumunda infertil kadınların statüsü. *Sağlık ve Toplum*, **2003**; 13(1):30-34.
78. **Öztürk R, Sevil Ü.** Uterus Transplantasyonu ve Etik, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, **2013**; 2(4).
79. **Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F.** İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* **2008**; 5(2):105-10.
80. **World Health Organization (WHO).** Manual for the standarized investigation and diagnosis of the infertile couple. Cambridge University Pres **1993**:7.
81. **Khayata GM, Rızk DEE, Hasan MY, Ghazal Aswad S, Asaad MAN.** Factors influencing the quality of life infertile women in United Arab Emirates. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **2003**; 80:183-188.
82. **Özkan M, Baysal B.** Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical, Experimental Obstetrics, Gynaecology* **2006**; 33(1):44-46.
83. **Gürhan N, Akyüz A, Oflaz F, Atıcı D, Vural G.** Effectiveness of nursing counseling on coping and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* **2007**; 24(4):267-271.
84. **Akyuz A, Seven M, Şahiner G, Bakır B.** Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *Int J Fertil Steril* **2013**; 6(4):286-93.
85. **Özçelik B., Karamustafaloğlu K, Özçelik A.** İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **2007**; 8:140-148.

86. **Beji N.** *İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı.* Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını, İstanbul, **2001**;4.
87. **Akdeniz F, Gönül AS.** Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Derg* **2004**; 2:70-74.
88. **Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T.** Impact of infertility on quality of life, marital adjusment and sexual function. *Urology* **2004**; 63(1):126- 130.
89. **Beutel M, Kupfer J, Kircmeyer P.** Treatment related stres and depression in couples undegoing assited reproductive treatment by IVF on ICSI. *Andrologia* **1999**; 31:27-35.
90. **Oskay ÜY, Kızılkaya NB.** *İnfertilite Hemşiresinin Danışman ve Hasta Hakları Savunucusu Olarak Rolü.* (In): İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, (Ed): Beji, N.K. İstanbul: Emek Matbaacılık; **2001**; 93-102.
91. **Goldman MB, Missmer SA, Barbieri RL.** Infertility: Woman and Health. Goldman M.B, Hatch MC (eds). Academic Press, California **2000**:196-215.
92. **Cousineau TM, Domar AD.** Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* **2007**; 21(2):293-308.
93. **İnceer B.** *Çocuksuzluğun Psikolojik Yönü.* Ege Üniversitesi Rektörlüğü Aile Planlaması Kısırlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastaları İçin El Kitabı, İzmir, **1998**.
94. **Kırca N, Pasinlioğlu N.**İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2013**; 5(2):162-178.
95. **Kocacık F, Doğan O.** Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. *Croat Med J* **2006**; 47(5):742-9.
96. **Ramezanzadeh F, Nedjat S.** Prevalence and risk factors for domestic violence against in- fertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **2011**; 112(1):15-7.
97. **Peterson DB.** Examining Congruence Between Partners Perceived infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in İnfertile Couples. *Family Process*, 2003; 42(1).
98. **Mazza D, Dennerstein L, Ryan V.** Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *The Medical Journal of Australia* **1996**; 164:14-17.
99. **Jansen HAFM, Üner S, Kardam F.** *Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması.* Ankara, Ocak **2009**.

100. Farzadi L, Ghasemzadeh A, Asl ZB, Mahini IM, Shirdel H. Intimate partner violence against infertile women. *J Clin Res Gov* **2014**; 4:147-51.
101. Onat G. Development of a scale for determining violence against infertile women: a scale development study. *Reproductive Health* **2014**; 11:18.
102. Yıldızhan R, Adalı E, Kolusarı A, Kurdoglu M, Yıldızhan B, Sahin G. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Int J Gynaecol Obstet* **2009**; 104(2):110-2.
103. Ardabili HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **2011**; 112(1):15-7.
104. Pasi AL, Hanchate MS, Pasha MA. Infertility and domestic violence: cause, consequence and management in Indian scenario. *Biomedical Research* **2011**; 22(2):255-8.
105. Sami N, Ali TS. Domestic violence against infertile women in Karachi, Pakistan. *Asian Review of Social Sciences* **2012**; 1(1):15-20.
106. Ameh N, Kene TS, Onuh SO, Okohue JE, Umeora DU, Anozie OB. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. *Niger J Med* **2007**; 16(4):375-7.
107. Neff DL. Social Impact of Infertility the Case of Matrilineal in South India. *Social Sci. Med.* **1994**; 39(4):475-485.
108. Ekşi B. Evliliğe Hazırlık Aşamasındaki Karı-Koca adaylarının Evlilik ve Anne-Baba Olma Üzerindeki Düşünceleri, *Aile ve Toplum Dergisi*, **2005**; 2(8):75-84.
109. Türkoğlu T. İnfertilitenin Psikososyal Yönü, Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, *Uzmanlık Tezi*, **1977**.
110. Braverman AM. Psychosocial aspects of infertility: Sexualdysfunction. *Int Congr Ser*, **2004**; 1266:270-276.
111. Akyüz A. IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Doktora Tezi*, Ankara, **2001**.
112. Araoye MO. Epidemiology of Infertile: Social Problems of the Infertile Couples, *West Afr J Med*, **2003**; 22(2):190-6.
113. Diriol CC, Giami A. The Impact of Infertility and Treatment on Sexual Life and Marital Relationships: Review of the Literature, *Gynecologie Obstetrique&Fertile* **2004**; 32:624-637.

114. **Özçelik B, Karamustafaloğlu O, Özçelik A.** The Psychological and Psychiatric Aspects of Infertility, *Anatolian Journal of Psychiatry*, **2007**; 8:140-248.
115. **Eren N.** İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. *Uzmanlık Tezi*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, **2008**.
116. **Şirin A.** *Tüp Bebek Uygulaması ve Uygulamadan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım*, 1. basım, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, **2001**.
117. **Bayram GO.** İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, **2009**.
118. **Halford WK, Kelly A, Markman HL.** The concept of a healthy marriage. *Clinical Handbook of Marriage and Couple Intervention*, **1997**.
119. **Zi C, Tanaka N, Uji M, et al.** The role of personalities in the marital adjustment of japanese couples. *Social Behavior and Personality*, **2007**; 35(4):561-72.
120. **Janetius T.** Mariage and Marital Adjustment, <http://www.homestad.com/psychoreligio/files/adjustment.htm>, Erişim tarihi: 15.05.2018.
121. Evlilik Sorunları, <http://www.psikiyatrist.net/evlilik.htm>, Erişim tarihi: 16.04.2018.
122. **Pilliteri A.** Maternal and Child Health Nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, **1992**:165-72.
123. **Collins RS, Coltrane S.** Sociology of marriage and the family: gender, love and property, 3. Baskı, Chicago, **1991**.
124. **O'Grady KE, Tucker NW.** Effects of physical attractiveness, intelligence, age of marriage and cohabitation on the perception of marital satisfaction. *The Journal of Social Psychology* **1990**; 13(2):473-490.
125. **Broderick JE, O'Leary KD.** Contributions of affect, attitudes and behavior to marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **1986**; 54(4):514-517.
126. **Taşçı KD, Özkan S.** Sağlık yüksekokulunu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(3):187-92.
127. **Taşdemir N, Yavuz M.** Cerrahi hemşireliğinde aile, **2008**.
128. **Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB.** The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues* **1996**; 7:283-316.

129. **Yalçın H.** Evlilik Uyumu İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki, *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi Journal of Research in Education and Teaching*, **2014**; 3(1):2146-9199.
130. **Durmuş B, Yurtkoru ES, Çinko M.** *Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi*, Beta Basım, **2013**:143.
131. **Saruhan ŞC, Özdemirci A.** *Bilim, Felsefe ve Metodoloji*, Beta Basım, **2013**:184.
132. **Adrews FM, Abbey A, Hamlan LJ.** Is Fertility-Problem Stres Different? The Dynamics of Stres in Fertile and İnfertile Couples, *Fertil Steril*, **1993**; 59(2):478-479.
133. **Akyüz A.** *İnfertil Çift İçin Tedavi Seçenekleri*, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı, Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti, Ankara, **2003**:36-38.
134. **Peronace LA, Boivin J, Schmidt L.** Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, **2007**; 28(2):105-114.
135. **Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z.** *Yardımla Üreme Teknikleri Temel Kitabı*. İstanbul: Nobel Matbaacılık, **2010**.
136. **Ak G.** İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi* İzmir, **2001**.
137. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. *Türkiye’de kadına yönelik şiddet*. Ankara; Elma Teknik Basım Matbaacılık, **2009**.
138. **Çarkçı S.** İnfertil Erkek Hastalarda İyon Kanal Ekspresyonlarının Etkilerinin Araştırılması, *Uzmanlık Tezi*, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Elazığ, **2016**.
139. **Algül Ö.** İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Aydın, **2013**.
140. **Drosdzol A, Skrzypulec V.** Depression and anxiety among Polish infertile couples an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* **2009**; 30(1):11-20.
141. **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.
142. **Dilek N.** Yardımcı Üreme Tekniği İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, **2009**.

- 143. Leke RJI, Oduma JA, Bassol-Mayagoitia S, Bacha AM, Grigor KM.** Regional and georaphical variations in infertility: effects of environmental, cultural and socioeconomic factors. *Environmental Health Perspectives Supplements*, **1993**; 101(2).
- 144. Turgay B.** İnfertilite Şikayeti Olan Çiftlerde Depresyon Sıklığı ve Hayat Kalitesinin Araştırılması, *Uzmanlık Tezi*, Ankara, **2017**.
- 145. Dönmez G, Şimşek H, Günay T.** Evli erkeklerde eşlerine yönelik şiddet ve ilişkili etmenler, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* **2012**; 10(3).
- 146.** Türkiye istatistik Kurumu, sayı: 27597, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27597>, Erişim tarihi: 22.06.2018
- 147. Terzioğlu F, Yücel Ç, Karatay G.** Sigara ve infertilite, 2008 http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/Sigara_ve_Infertilite.pdf, Erişim tarihi: 23.5.2018
- 148. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al.** Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults, *European Journal of Epidemiology*, **2013**; 28-2:1.
- 149. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, et al.** Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis, *BMJ Open* **2015**; 5:92.
- 150. Chandra A, Copen C, Stephen E.** Infertility and Impaired Fecundity in the United States, 1982-2010: Data From the National Survey of Family Growth, *National Health Statistics Reports*, **2013**; 67(14)
- 151. Slama R, Hansen OK, Ducot B, et al.** Estimation of the frequency of involuntary infertility on a nation-wide basis, *Hum Reprod* **2012**; 27:1489.
- 152. Engin R, Pasinlioğlu T.** Erzurum ve yöresinde infertil kadınların infertilite ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamaları, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002**; 5(1).
- 153. Tanrıverdi G, Sıpkın S.** Çanakkale’de Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Eğitim Durumunun Şiddet Görme Düzeyine Etkisi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, *Çanakkale; Fırat Tıp Dergisi* **2008**; 13(3):183-187.
- 154. Williams JR, Ghandour RM, Kub JE.** Female Perpetration of Violence in Heterosexual İntimate Relationships: Adolescence through adulthood. *Trauma Violence Abuse* **2008**; 9(4):227-249.
- 155.** (T.C. Başbakanlık 1995) TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1995). Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. 1. baskı, Ankara, Zet Nielson Şirketi, Bizim Büro Basımevi, **2005**.

156. **Öyeçkin DG, Yetim D, Şahin EM.** Kadına Yönelik Farklı Eş Şiddeti Tiplerini Etkileyen Psikososyal Faktörler, *Türk Psikiyatri Dergisi* **2012**; 23.
157. **Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, ve ark.** What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, **2011**; 11:109.
158. **Kışlak Tutarel Ş, Çabukça F.** Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, **2002**; 2(6).
159. **Anderson SA, Russel WR, Schumm J.** Perceived marital quality and family life-cycle categories: a further analysis. *Journal of Marriage and the Family*, **1983**; 45(2):127-139.
160. **Barling J.** Effects of husbands. work experiences on wives' marital satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, **1994**; 124:219-225.
161. **Çelik CK.** Eğitim yöneticilerinin mesleki tükenmişlikleri ile evlilik doyumları arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi.* Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eğitim Yönetimi ve Denetimi Bilim Dalı. Tokat, **2006**.
162. **Grych JH, Seid M, Fincham FD.** Assessing marital conflict from the child's perspective: the children's perception of interparental conflict scale. *Child Development*, **1992**; 63:558-572.
163. **Lye DN, Biblarz TJ.** The effects of attitudes to ward family life and gender roles on marital satisfaction. *Journal of Family Issues*, **1993**; 14(2):157-188.
164. **Saxton L.** Marriage. the nature of marriage, the individual, marriage, and the family. (5.Edith). California, Wadsworth Publishing Company Belmont, A Division of Wadsworth, Inc. **1982**:216-224.
165. **Houseknecht SK, Macke AS.** Combining marriage and career: the marital adjustment of professional women. *Journal of Marriage and the Family*, **1991**; 43:651-661.
166. **Turan M.** Erzurum'daki Evli Çiftlerin Evlilik İlişkilerinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi.* Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Erzurum, **1997**.
167. **Greil AL.** Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science Med*, **1997**; 45(11):1679-1704.
168. **Erdoğan S.** Evlilik Uyumu ile Psikiyatrik Rahatsızlıklar, Bağlanma Stilleri ve Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı. *Uzmanlık Tezi.* Ankara, **2007**.
169. **Jose O, Alfons V.** Do demographics affect marital satisfaction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, **2007**; 33:73-85.

- 170. Tutarel-Kışlak Ş, Çabukça F.** Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum*, **2002**; 2(5):35-42.
- 171. Demiray Ö.** Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Diyarbakır, **2006**.
- 172. Şener A, Terzioğlu RS.** *Ailede eşler arasında uyuma etki eden faktörlerin araştırılması*. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, **2002**.



8. EKLER

8.1. Ek 1. Bilgilendirme, Anket ve Onam Formu

İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Erkeğin Eşine Gösterdiği Şiddet ve Evliliğe Uyum

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmamızın amacı, çocuk sahibi olmayan çiftlerde, erkeğin eşine uyguladığı şiddeti ve evliliğe uyumunu değerlendirmektir. Çalışmaya katılmak zorunlu değildir. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama durumunuz almakta olduğunuz veya alacağınız sağlık hizmetini etkilemeyecektir.

Yardım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Dr. Elif Can Halıcı

Prof. Dr. Esra Saatçı

ÇÜTF Aile Hekimliği AD

Katılımcının imzası:

Tarih:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA ANKETİ

1) Yaşınız.....

2) Eğitim düzeyiniz:

() okuryazar değil () İlkokul mezunu () Ortaokul () Lise () Yüksek Okul
() Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora () Diğer

3) Eşinizin eğitim düzeyi:

() okuryazar değil () İlkokul mezunu () Ortaokul () Lise () Yüksek Okul
() Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora () Diğer

4) Mesleğiniz:.....

5) Eşinizin mesleği:

6) İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız?.....

7) Şu anki eşinizle kaç yaşında evlendiniz?.....

8) Evlilik süreniz:.....

9) Kaçınıcı evliliğiniz?.....

10) Evde siz ve eşinizin dışında sizinle sürekli olarak birlikte yaşayan kimse (anne, baba, kardeş, dede vb.) var mı?

()Hayır ()Evet.....(lütfen açıklayınız).

11) Aile bütçesini kim yönetir?.....

12) Çocuğunuz var mı?

()Hayır ()Evet (sayısı.....)

13) Daha önce infertilite (kısırlık) tedavisi oldunuz mu?

()Hayır ()Evet (sayısı.....)

14) İnfertilite (kısırlık) tedavisini kim istedi?

() Ben () Eşim () Birlikte

15)Daha önce psikiyatrik danışmanlık aldınız mı?

()Hayır ()Evet(lütfen açıklayınız)

16)Sigara alışkanlığınız:

☐Düzenli içerim.....adet/gün/yıl

☐Ara sıra içerim. ☐Hiç içmedim.

☐İçiyordum bıraktım.

17)Alkollü içki tüketir misiniz?

☐Hayır

☐Evet

18) Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (hastalığınızı belirtiniz.....)



ÇATIŞMA TAKTİKLERİ ÖLÇEĞİ-2

Ek 3. Anket (şiddet tanımlama veri formu)

Yönerge: Aşağıdaki her bir şıkkı okuyarak yanıtlayınız.

(Birden fazla evliliğiniz olduysa yanıtları son evliliğiniz için veriniz.)

	Evet	Hayır	Hatırla mıyorum
1. Eşime kızarak bağırduğım oldu			
2. Eşime küfür ettiğim oldu			
3. Eşimi başkalarının yanında küçük düşürdüğüm oldu			
4. Eşime şişman, çirkin gibi çeşitli lakaplar taktığım oldu			
5. Eşime “çok soğuksun”, “şişmansın/zayıfsın”, “bakımlı değilsin”, “zevksizsin”, “cahilsin”, “anlayışsızsın” dediğim oldu			
6. Eşime “çocuklarla ilgilenmiyorsun”, “kötü annesin”, “yemek yapmayı bilmiyorsun”, “benimle ilgilendiğin yok”, “beni anlamıyorsun” dediğim oldu			
7. Eşimin bir yere çıkması için benden izin alması gerektiği oldu			
8. Eşimin ailesiyle, arkadaşlarıyla veya komşularıyla görüşmesi için benden izin alması gerektiği oldu			
9. Eşimin giyeceği kıyafete benim karar verdiğim oldu			
10. Eşimin eğitim, çalışma, kariyer yapma gibi istekleri için benden izin alması gereksinimi oldu			
11. Eşimi dışarı atmakla/boşanmakla tehdit ettiğim oldu			
12. Eşime başka kadınlarla yaşanmış olan ilişkilerimi anlattığım oldu			
13. Eşime ait olan eşyayı önünde parçaladığım/zarar verdiğim oldu			
14. Eşimin benden korktuğunu hissettiğim oldu			
15. Eşimin kullandığı paranın hesabını vermesini istediğim oldu			
16. Eşimin harcamalarını kısıtladığım oldu			
17. Eşime kazandığı paranın hiçbir değeri olmadığını söylediğim oldu			
18. Eşimi parasız bırakmakla tehdit ettiğim oldu			
19. Tartışma sırasında eşimi dövmekle, öldürmekle, bıçaklamakla tehdit ettiğim oldu			
20. Tartışma sırasında eşimin üzerine yürüdüğüm oldu			
21. Tartışma sırasında evdeki eşyalara zarar verdiğim oldu			
22. Tartışma sırasında eşimin üzerine bir eşya fırlattığım oldu			
23. Tartışma sırasında eşimi ittiğim veya tokat attığım oldu			
24. Tartışma sırasında eşimin saçlarından çektiğim oldu			
25. Tartışma sırasında eşimi sarstığım oldu			
26. Tartışma sırasında eşimi boğmaya çalıştığım oldu			
27. Tartışma sırasında eşimin kollarını/ellerini/ parmaklarını/ayaklarını büktüğüm oldu			
28. Tartışma sırasında eşime yumruk attığım veya tekmelediğim oldu			
29. Tartışma sırasında eşimin başını bir yere (duvar/kapı/masa gibi) vurduğum oldu			
30. Eşim cinsel ilişkiyi istemediği halde onunla beraber olduğum oldu			
31. Eşim cinsel ilişkiyi istemediği için onu silahla, bıçakla, dövmekle tehdit ederek beraber olduğum oldu			

Eşinizden başka kadın/larla cinsel ilişki yaşadınız mı?

1) Evet

2) Hayır

EVLİLİKTE 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	anlaşamadığımız
olur Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her		zaman anlaşamayız
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?

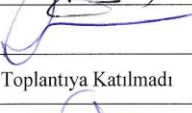
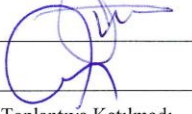
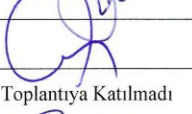
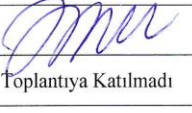
- ☐ Hemen hemen hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Çoğu konularda
- ☐ Her konuda

8.2. Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

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

Toplantı Sayısı		Tarih
64		5 Mayıs 2017

KARAR NO 2- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Esra Saatçı yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Elif Can Halıcı tarafından yürütülmesi öngörülen, "İnfertilite Tedavisi İçin Başvuran Çiftlerde Erkeğin Eşine Gösterdiği Şiddet ve Evliliğe Uyumu" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Elif Can HALICI
Doğum Tarihi Ve Yeri : 27.08.1988/ADANA
Medeni Durumu : Evli
Adres : Huzurevleri Mahallesi 77232 sokak Arma 7 Sitesi C
blok Kat:5 no:9 Çukurova/Adana
Telefon : 0535 0559649
E posta : dr_e.can.sert@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi ve Yılı : Gaziantep Üniversitesi - 2013
Dernek Üyelikleri : Doğu Akdeniz Aile Hekimleri Derneği
Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Mezunlar
Derneği
Türkiye Aile Hekimleri Derneği
Yabancı Dil : İngilizce