



**T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

İNFERTİL ÇİFTLERDE EVLİLİK UYUMUNUN VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. SEVİLAY SALUR

2022

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İNFERTİL ÇİFTLERDE EVLİLİK UYUMUNUN VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. SEVİLAY SALUR

UZMANLIK TEZİ

Danışman

PROF. DR. RUHUŞEN KUTLU

KONYA-2022

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince deneyimleri ve bilgisiyle bana ve tüm asistan arkadaşlarıma destek olan, her konuda sabır ve titizlikle yol gösteren tez danışmanım Sayın hocam Prof. Dr. Ruğuşen Kutlu'ya teşekkür ederim. Aynı şekilde uzmanlık eğitimim süresince üzerimizde büyük emekleri olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na, eğitimim boyunca yardımlarını, bilgi ve deneyimini esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a, bize her zaman anlayışla yaklaşan her konuda yardımcı olan hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a geleneksel ve tamamlayıcı tıp bilgisinden faydalandığım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran'a teşekkür ederim. Tez çalışmamda ve hasta toplama sürecinde desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Hüseyin Görkemli'ye teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, Aile Hekimliği Anabilim Dalı sekreteri Birsen Bataş'a ve hemşiremiz Nurcan Büyükdemir'e; rotasyonlarım sırasında bilgilerini paylaşan, eğitimime katkıda bulunan ismini yazamadığım hocalarım ve asistan arkadaşlarıma; bu günlere gelmemde maddi, manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama, kardeşime, eşime, oğlum Ali Murat'a, teyzelerime ve tüm aileme teşekkür ederim.

Dr. Sevilay SALUR

Konya-2022

ÖZET
İNFERTİL ÇİFTLERDE EVLİLİK UYUMUNUN VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. SEVİLAY SALUR

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2021

Amaç: İnfertilite tedavisi gören çiftlerde, evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin tedaviden alınan sonuçları doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği görülmüştür. Evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin yüksek olduğu çiftlerde tedavinin daha başarılı bir şekilde gerçekleştiği gözlenmiştir. Bu çalışmanın amacı infertil çiftlerde evlilik uyumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek ve çiftlerin hangi konularda desteğe ihtiyaç duyduklarını belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Tüp Bebek Merkezine ve İnfertilite Polikliniğine başvuran, infertilite tedavisi almakta olan veya tedavi alması planlanan en az 12 ay düzenli korunmasız ilişki sonrası gebelik elde edemeyen bireyler dahil edilerek gerçekleştirildi. Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sosyodemografik bilgi formu, yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu değerlendirmeye yönelik ise “Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği(FertiQol)” ve “Evlilikte Uyum Ölçeği” uygulandı. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 222 katılımcının %78,4’ü ($n=174$) kadın, %21,6’sı ($n=48$) erkek bireylerden oluşmaktadır. Kadın katılımcıların yaş ortalaması $31,22\pm6,02$ yıl (min:20, maks:46), erkek katılımcıların yaş ortalaması $34,91\pm7,03$ yıl (min:24, maks:53) olarak hesaplandı. Katılımcıların evlilik uyumları ile evlilik yılı ($p=0,004$) ve tedavi süresi ($p=0,003$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı, evlilik yılı ortalaması $6,6\pm6,1$ olanlarda ve tedavi süresi ortalaması $4,3\pm4,7$ olanlarda evlilikte uyum yüksek bulundu. Cinsiyet ile yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal alt boyut skoru ($p=0,029$), zihin beden alt boyut skoru ($p=0,038$), tedavi tolerasyon alt boyut skoru ($p=0,032$) arasında anlamlı bir ilişki bulundu, erkeklerde ortalama puanlar daha yüksekti. Katılımcıların çalışma durumu ile duygusal alt boyut skoru çalışanlarda ortalama $66,23\pm20,46$ olup anlamlı daha yüksekti ($p=0,036$).

Ekonomik durum ile zihinsel alt boyut skoru ($p=0,018$), sosyal alt boyut skoru ($p=0,033$), tedavi çevresi alt boyut skoru ($p=0,047$), toplam yaşam kalitesi skoru ($p=0,035$) arasında anlamlı ilişki tespit edildi, geliri giderine eşit olanlarda ortalama daha yüksekti Evlilik süresi ile ilişkisel alt boyut skoru ($p<0,001$), tedavi tolerasyon alt boyut skoru ($p=0,025$), FertiQol toplam skoru ($p=0,029$) arasında anlamlı bir ilişki bulundu, 5 yıl altında evli olanlarda daha yüksekti. Tedavi süresi ile ilişkisel alt boyut skoru ($p=0,010$), tedavi tolerasyon alt boyut skoru ($p=0,021$), FertiQol toplam skoru ($p=0,016$) arasında anlamlı ilişki saptandı, tedavi süresi 3 yıl altında olanlarda ortalamlar daha yüksek bulundu. Daha önce tedavi yöntemi kullanımı olmayan hastalarda tedavi tolerasyon alt boyut skoru ortalaması $69,31\pm21,41$ olup istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,026$). İnfertilite nedeni ile duygusal alt boyut skoru ($p=0,004$, $p=0,010$), sosyal alt boyut skoru ($p=0,028$, $p=0,031$), FertiQol toplam skoru ($p=0,026$, $p=0,024$) arasında anlamlı ilişki saptandı, açıklanamayan infertilitede ortalamlar kadın kaynaklı ve her iki cinsiyet kaynaklı infertiliteden daha yüksek bulundu. Evlilik uyumu ile duygusal alt boyut skoru ($p<0,001$), zihin beden alt boyut skoru ($p<0,001$), ilişkisel alt boyut skoru ($p<0,001$), sosyal alt boyut skoru ($p=0,002$), tedavi çevresi alt boyut skoru ($p<0,001$), tedavi tolerasyon alt boyut skoru ($p<0,001$), FertiQol toplam skoru ($p<0,001$) arasında anlamlı ilişki saptandı, evlilikte uyumlu olan çiftlerde yaşam kalitesi yüksekti. Katılanların toplam evlilik uyum puanı ile toplam FertiQol puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde pozitif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=0,456$) ($p<0,001$). Toplam evlilik uyumu puanı ile ilişkisel alt boyut skoru arasında diğer alt grup skorlarına göre istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı korelasyon bulundu ($r=0,550$, $p<0,001$).

Sonuç: İnfertil çiftlerde yapılan çalışmada evlilik yılı arttıkça ve tedavi görülen süre uzadıkça evlilik uyumunun ve yaşam kalitesinin azaldığı gözlemlendi. Yaşam kalitesi ve evlilik uyumu arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Erkeklerde, çalışanlarda ve ekonomik durumu orta düzey olanlarda yaşam kalitesinin yüksek olduğu bulundu. Kadınların infertilite tedavi sürecinde daha fazla işleme maruz kalması, toplum olarak kadınların çocuksuzluk yönünde baskıya daha çok maruz kalmaları nedeniyle yaşam kalitesinin düşük olduğu düşük olduğu görüldü. Evlilik yılı ve tedavi süresi uzadıkça yaşam kalitesinin düşmesi tedavi motivasyonunun düşmesiyle açıklanabilir. Açıklanamayan infertilitede yaşam kalitesinin yüksek bulunması eşlerin birbirini suçlama ihtimalinin düşük olması ve tedaviden beklenen yararın yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, doğurganlık, evlilik uyumu, yaşam kalitesi

ABSTRACT
EVALUATION OF MARITAL HARMONY AND QUALITY OF LIFE IN
INFERTILE COUPLES

DR. SEVİLAY SALUR
THE MASTER THESIS
KONYA – 2021

Aim: It has been found that marital adjustment and quality of life directly or indirectly affect the results of the treatment in couples receiving infertile treatment. It has been observed that the treatment is more successful in couples with high marital adjustment and quality of life. The aim of this study is to evaluate marital harmony and quality of life in infertile couples and to determine which issues couples need support for.

Materials and methods: This study was carried out by including individuals who applied to Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, IVF Center and Infertility Polyclinic, who were receiving infertility treatment or were planned to receive treatment for those who cannot conceive despite 12 months of regular unprotected intercourse. A sociodemographic information form was used to determine the demographic characteristics of the participants, and the "Quality of Life Scale for Persons with Fertility Problems (FertiQol)" and the "Marriage Adjustment Scale" were used to evaluate the quality of life and marital adjustment. Statistical analyzes were performed using the SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) package program. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: Of the 222 participants included in the study, 78.4% (n=174) were female and 21.6% (n=48) was male. The mean age of the female participants was 31.22 ± 6.02 years (min:20, max:46), and the mean age of the male participants was 34.91 ± 7.03 years (min:24, max:53). It was determined that there was a statistically significant relationship between the marital adjustment of the participants and the year of marriage ($p=0.004$) and the duration of treatment ($p=0.003$), compliance in marriage was found to be high in those with an average of 6.6 ± 6.1 years of marriage and in those with an average of 4.3 ± 4.7 years of treatment. A significant correlation was found between gender and the emotional sub-dimension score of the quality-of-life scale ($p=0.029$), mind-body sub-dimension score ($p=0.038$), and treatment tolerance

sub-dimension score ($p=0.032$), average scores were higher in men. The emotional subscale score of the participants with the study status was on average 66.23 ± 20.46 and significantly higher in the employees ($p=0.036$). An important relationship was found between economic status and mental sub-dimension score ($p=0.018$), social sub-dimension score ($p=0.033$), treatment environment sub-dimension score ($p=0.047$), and total quality of life score ($p=0.035$), the average was higher for those whose income was equal to their expenses. A significant correlation was found between the duration of marriage and the relational sub-dimension score ($p<0.001$), treatment tolerance sub-dimension score ($p=0.025$), and FertiQol total score ($p=0.029$), it was higher in those who were married under 5 years. A significant correlation was found between the duration of treatment and the relational sub-dimension score ($p=0.010$), the treatment tolerance sub-dimension score ($p=0.021$), and the FertiQol total score ($p=0.016$), the averages were found to be higher in those whose treatment duration was below 3 years. The mean of the treatment tolerance sub-dimension score was 69.31 ± 21.41 and it was statistically significantly higher in patients who had not previously used the treatment method ($p=0.026$). A significant correlation was found between infertility and emotional sub-dimension score ($p=0.004$, $p=0.010$), social sub-dimension score ($p=0.028$, $p=0.031$), and FertiQol total score ($p=0.026$, $p=0.024$), averages were found to be higher in unexplained infertility than in female-induced and both-sex-induced infertility. Marital adjustment and emotional sub-dimension score ($p<0.001$), mind-body sub-dimension score ($p<0.001$), relational sub-dimension score ($p<0.001$), social sub-dimension score ($p=0.002$), treatment environment sub-dimension score ($p<0.001$) A significant relationship was found between $p<0.001$), treatment tolerance sub-dimension score ($p<0.001$), and FertiQol total score ($p<0.001$) the quality of life was high in couples who were compatible in marriage. When the correlation between the total marital adjustment score and the total FertiQol score of the participants was examined, a moderately statistically significant correlation was found in the positive direction ($r=0.456$) ($p<0.001$). A statistically remarkable correlation was found between the total marital adjustment score and the relational sub-dimension score compared to the other subgroup scores ($r=0.550$, $p<0.001$).

Conclusion: In this presented study conducted with infertile couples, it was observed that marital adjustment and quality of life decreased as the years of marriage increased and the duration of treatment extended. A positive correlation was found between quality of life and marital adjustment. It has been found that the quality of life is high in men, workers and those with moderate economic status. It was thought that the quality of life was low due to the fact that women were exposed to more procedures during the infertility treatment process and that

women as a society were more exposed to childlessness. The decrease in the quality of life as the years of marriage and the duration of treatment get longer can be explained by the decrease in treatment motivation. It was thought that the high quality of life in unexplained infertility may be related to the low probability of blaming each other and the high expected benefit from the treatment.

Keywords: Infertility, fertility, marital harmony, quality of life

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.1.İnfertilite	2
2.1.1. Tanımı	2
2.1.2. Sıklığı ve Nedenleri.....	2
2.1.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi.....	6
2.1.4. İnfertilitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri	7
2.1.5. İnfertilitenin Tedavisi	8
2.1.6. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri	9
2.1.7. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu	10
2.1.8. İnfertil Çiftlerde Yaşam Kalitesi	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Tipi	12
3.2. Araştırmanın Örnekleme	12
3.3. Çalışmaya alınmama kriterleri.....	13
3.4. Etik Kurul Onayı ve Onam	13
3.5. Verilerin Toplanması.....	13
3.5.1. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) (FertiQol).....	13
3.5.2. Evlilikte Uyum Ölçeği.....	14
3.6. Çalışma Akış Şeması	14
3.7. Verilerin istatistiksel analizi	15
4. BULGULAR	15
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	15
4.2. Evlilik uyumu	18
4.3. Evlilik uyumunun sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi.....	18
4.4. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi	20
4.5. Yaşam kalitesinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi	21

4.5. Yaşam kalitesi ile infertilite öyküsü ve tedavisiyle ilgili özelliklerin değerlendirilmesi	25
4.6. Yaşam kalitesi ile evlilik uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	27
4.7. Yaşam kalitesi alt boyut skorları ve toplam evlilik puanı korelasyonu.....	28
5. TARTIŞMA	31
5.1. Çalışmanın kısıtlılıkları	36
6. SONUÇLAR	36
7. ÖNERİLER	38
8. KAYNAKLAR.....	38
9. EKLER	44

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DHEA-S: Dihidroepiandrosteron Sülfat

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

E2: Östrodiol

FSH: Folliküler Stimülan Hormon

HSG: Histerosalpingografi

IVF: İn Vitro Fertilizasyon

LH: Lüteizan Hormon

PID: Pelvik İnflamatuvar Hastalığın

TSH: Tiroid Stimülan Hormon

USG: Ultrasonografi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Toplam evlilik uyum puanı ile toplam FertiQol puanı arasındaki lineer regresyon analizi

Şekil 2: Toplam evlilik uyum puanı ile ilişkisel alt boyut skoru arasındaki lineer regresyon analizi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2: İnfertilite öyküsü ve tedavisiyle ilgili özellikler

Tablo 3: Evlilik uyumu tasnif

Tablo 4: Evlilik uyumunun sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

Tablo 5: Evlilik uyumunun infertilite öyküsüne göre değerlendirilmesi

Tablo 6: Evlilik uyumunun infertilite öyküsüne göre değerlendirilmesi

Tablo 7: Toplam evlilik uyumu ve yaşam kalitesi puanlarının Cronbach's alpha değerleri

Tablo 8: Yaşam kalitesinin sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

Tablo 9: Yaşam kalitesinin yaşadığı yere, kronik hastalık varlığına ve aile yapısına göre değerlendirilmesi

Tablo 10: Yaşam kalitesi alt boyut skorları ile ekonomik durumun sigara kullanma durumunun karşılaştırılması

Tablo 11: Sigara kullanımı ve eş sigara kullanımı ile yaşam kalitesi alt boyut skorlarının karşılaştırılması

Tablo 12: Yaşam kalitesi/evlilik yaşı, süresi ve tedavi ile ilgili özelliklerin karşılaştırması

Tablo 13: İnfertilite nedeni ile yaşam kalitesi arasında ilişkisinin karşılaştırılması

Tablo 14: Yaşam kalitesi alt boyut skorları ile evlilik uyumunun karşılaştırılması

Tablo 15: Yaşam kalitesi alt boyut skorları ve toplam evlilik puanı korelasyonu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite her iki cinsi de etkileyen bir durumdur. Tüm infertil çiftlerin %40-50'sinde kadına, %30-40'ında erkeğe, %20-25'inde her iki cinsiyete ait patolojiler beraber gözlenirken, %15'inde ise tüm tanısal tetkiklere rağmen bir infertilite nedeni bulunamaz (Yumru ve Öndeş, 2011). Fertil olan eş, eğer infertiliteden sorumlu tek faktör varsa, infertil eşin durumunu kompanse edebilir. Her iki eşin subfertil olması durumunda infertilite belirgin hale gelir. Korunmasız, düzenli cinsel ilişkiye rağmen infertilite süresi dört yılı geçtiğinde, aylık fertilitte oranı %1,5'e düşmektedir (Dohle ve ark., 1992).

İnfertilitenin evlilikte uyum üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde, çelişkili sonuçlarla karşılaşmaktadır. Ülkemizde Güleç ve ark.'nın (2011) yaptıkları araştırmada; infertil çiftlerin, evlilik uyumunda sorunlar yaşamakta olduğunu bildirmiş ve çift uyumu ile sosyodemografik özellikler arasında hem kadınlarda hem de erkeklerde anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığını ifade etmişlerdir. Bazı çalışmalarda ise tedavi gören çiftlerin, infertilite tanı ve tedavisini tehdit gibi algıladıklarını, bu algının çiftleri birbirine daha çok yaklaştırdığı, evlilik uyumlarının arttığı bildirilmektedir (Schmidt ve ark., 2005; Karaca ve Ünsal, 2012). İnfertil çiftlerde, evlilikte uyumun kontrol grubundakilere göre eşit veya daha fazla olmasının nedeni; infertiliteye ait durumun uzun yıllar paylaşılması ve tedavi sürecindeki kararlar, tutumlar ve duyguların paylaşılmasına bağlanmaktadır (Lalos ve ark., 1985).

Erkek ve kadınların infertilite ile baş etme biçimlerinin de evlilikte uyum üzerinde farklı sonuçlar oluşturduğu söylenmektedir. Eşlerin iletişimleri ve evlilikleri üzerinde iyileşme, erkeklerin infertilite tedavisine ilgisi ve katılımları arttıkça yükselmektedir (Chaves ve ark., 2019).

İnfertil çiftlerde yaşam kalitesi değerlendirmesinde ise genelde çalışmalarda birbirini destekler şekilde sonuçlar görülmektedir. İnfertilite, hayatı tehdit eden bir sağlık sorunu değildir ancak bireylerin yaşam kalitesine ve ruhsal sağlığına yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı etkilemektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

İnfertilite durumu, her iki cinsiyeti de duygusal olarak etkiler ancak kadınların daha çok etkilenmesine bağlı olarak anksiyete ve depresyon görülme sıklığının kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Karaca ve Ünsal, 2012). Depresyon ve kaygı belirtilerinin özellikle sosyal desteği olmayan infertil kadınlarda daha fazla olduğu önemli sonuçlar arasında yer almaktadır. Psikiyatrik semptomların şiddeti; eşi ile ilişkilerini "kötü" olarak tanımlayan ve çocuksuzluk nedeniyle aileler tarafından baskıya maruz kalan kadınlarda daha fazla olduğu

bildirilmektedir (Oskay ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda kadınların eşlerine oranla, çevrelerinden daha çok tepkiyle karşılaştıkları görülmektedir (Algül ve Aksu,2014).

Ev hanımlarının, genç yaşta olanların, eğitimi lise ve altı olanların, geliri giderinden az olanların, tedavi sayısı ve infertilite süresi fazla olanların, endometriozis ve over kisti kaynaklı infertilite yaşayanların, primer infertil olanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Okuducu ve Yorulmaz, 2020).

Klinikler arası iş birliği ile çiftlerin stres düzeyleri ve psiko-sosyal sorunları ele alınıp uygun tedaviler geliştirilmesi durumunda çiftlerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, bu süreci daha sağlıklı atlatmaları, tedavi ekibi ve hastalar için boşa harcanan zamanın azaltılması ve tedavi başarılarının artması sağlanabilir (Sezgin ve Hocoğlu, 2014). İnfertilite tedavisi gören çiftlerde, evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin tedaviden alınan sonuçları doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği görülmüştür. Evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin yüksek olduğu çiftlerde tedavinin daha başarılı bir şekilde gerçekleştiği gözlenmiştir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı infertil bireylerde evlilikte uyumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek ve çiftlerin hangi konularda desteğe ihtiyaç duyduklarını belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.İnfertilite

2.1.1. Tanımı

İnfertilite on iki ay korunmasız, düzenli cinsel ilişkiye rağmen klinik gebelik oluşmaması ile karakterize edilmiş erkek veya kadın üreme sistemi hastalığıdır. Dünya genelinde çiftlerin %8 ila %12'sini etkilediği tahmin edilmektedir (Anderson ve ark., 2010). Ortalama 35 yaşından daha büyük kişilerde veya tekrarlayan gebelik kayıplarının olduğu kişilerde altı ay tanı için yeterli görülebilir (Cousineau ve Domar, 2007).

2.1.2. Sıklığı ve Nedenleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre infertilitenin toplumdaki sıklığı %10-15 arasında olduğu kabul edilmektedir (Cui, 2010; Direkvand-Moghadam ve ark., 2014). On iki aylık korunmasız ilişki sonrasında çiftlerin %80'i ilk altı ay içinde gebelik elde ederken, geri kalan çiftlerin %10'u sonraki altı ay içinde gebelik elde edebilmektedir (Gnoth ve ark., 2003; Yumru ve Öndeş, 2011).

Doğumlar arasında geçen sürenin uzaması veya ilk doğumların ertelenmesi birçok ülkede fertilité seviyelerinin azalmasına neden olmuştur (TNSA, 2018). Tahminler, dünya üzerinde 48 milyon çift ve 186 milyon bireyin infertilite yaşadığını göstermektedir (Organization, 2018). Ülkemizde fertil çağın sonunda çocuğı olmayan evli kadınların oranı, primer infertiliteye ilişkin bir gösterge olarak kullanılmış, primer infertilitenin 45-49 yaş aralığındaki yer alan evli kadınlar arasında %4 oranında olduğı gösterilmiştir (TNSA, 2018).

Genç kadınlarda ovulatuvar bozukluklar daha sık gözlemlenirken, tubal ve peritoneal patolojilere daha ileri yaş olan kadınlarda rastlanmaktadır. Erkek birey ilişkili infertilite ve nedeni bilinmeyen infertilite durumlarına ise ileri yaş çiftlerde daha sık karşılaşılmaktadır (Tanoğlu ve Tülay, 2020).

Her iki cinsiyette de infertiliteye neden olan ortak faktörler; sigara, aşırı alkol alımı ve obezite gibi çevresel ve yaşam tarzı faktörleridir. Aynı zamanda yumurta ve sperm için çevresel kirleticilere ve toksinlere maruz kalmak direk toksik olabilir, bu da sayılarının azalmasına ve kalitesizliğine sebep olarak infertiliteye neden olabilir (Gore ve ark, 2015).

2.1.2.1. Kadın İnfertilitesi

Kadın üreme sisteminde infertiliteye; ovulatuvar, tubal-peritoneal, servikal ve endokrin sistemdeki bir dizi anormallik neden olabilir (Organization, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 verilerine göre kadın infertilite nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Güvenli olmayan kürtaj, tedavi edilmemiş cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), doğum sonrası sepsis veya abdominal/pelvik cerrahi komplikasyonlarının neden olduğı tıkalı fallop tüpleri gibi tubal bozukluklar;
- Endometriozis gibi inflamatuvar durumlar, septat uterus gibi kalıtsal durumlar veya miyom gibi benign olabilen uterin bozuklukları;
- Polikistik over sendromu ve diğer foliküler bozukluklar gibi over bozuklukları;
- Üreme hormonlarını etkileyen endokrin sistem bozuklukları. Üreme sistemini etkileyen yaygın bozuklukların örnekleri arasında hipofiz kanserleri ve hipopitüitarizm bulunur.

Ovulatuvar Nedenler

Kadın infertilitesinin %25'inde gözlenmektedir. DSÖ ovulatuvar nedenleri üç grupta sınıflandırır:

Grup 1 ovulasyon bozukluklarına hipotalamik hipofiz yetmezliği neden olur. Bu kategori hipotalamik amenore ve hipogonadotropik hipogonadizm gibi durumları içerir. Tipik olarak, amenore ile başvuran kadınlarda (birincil veya ikincil) düşük gonadotropin ve östrojen eksikliği ile karakterize edilir. Ovulasyon bozukluğu olan kadınların yaklaşık %10'unda grup 1 ovulasyon bozukluğu vardır.

Grup 2 ovulasyon bozuklukları, hipotalamik-hipofiz-ovaryan eksenindeki disfonksiyonlar olarak tanımlanır. Bu kategori, polikistik over sendromu ve hiperprolaktinematik amenore gibi durumları içerir. Ovulasyon bozukluğu olan kadınların yaklaşık %85'inde grup 2 ovulasyon bozukluğu vardır.

Grup 3 ovulasyon bozukluklarına over yetmezliği neden olur. Ovulasyon bozukluğu olan kadınların yaklaşık %5'i grup 3 ovulasyon bozukluğuna sahiptir (for Women's ve Children's Health, 2013).

Tubal-peritoneal Nedenler

Tubal ve peritoneal nedenler kadın infertilitesinin %25-30'undan sorumlu tutulmaktadır (Demirel ve ark., 2010). Tubal nedenler genellikle daha önce geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık (PID), septik abortus, rüptüre apendiks gibi nedenlerle oluşan tubal harabiyet ve tubal obstrüksiyonu içermektedir (Zeren, 2019; Kahyaoğlu ve ark., 2017).

Tubal infertilite genelde gonore ve chlamydia trachomatis kaynaklı kronik pelvik inflamatuvar hastalığının (PID) sonucudur. Kronik PID tubal tıkanıklığa ve/veya tubaovaryen adezyonlara neden olabilir. Benign pelvik cerrahiler ve peritonit de tubaovaryen yapışıklıklara sebep olabilir. Endometriyozis yaygın bir pelvik nedendir. Ciddi durumlarda overde endometrioma kisti oluşumuna ve/veya tubaovaryen adezyonlara sebep olabilir (Çetinbaş ve ark., 2014).

Uterin Nedenler

Kadın üreme sisteminde infertiliteye sebep olan uterin nedenler 500 kadında 1 oranında görülmektedir. Uterusun anatomik ve fonksiyonel anormallikleri fertilite sorunları ile ilişkilidir. Tekrarlayan gebelik kaybı nedeni olarak genellikle implantasyon başarısızlığı karşımıza çıkmaktadır (Hawkins ve ark., 2013; Hur ve ark., 2019). Embriyonun implantasyonuna ve gelişimine engel olarak infertiliteye neden olan uterin patolojiler; miyomlar, polipler, septum, intrauterin yapışıklıklar, enfeksiyon sayılabilir (Çavuşoğlu, 2015; Zeren, 2019).

Servikal Nedenler

Servikal faktörler infertilite nedenlerinin %3'ünden sorumludur (Balat ve ark., 1996). Serviksin yapısal anomalileri, enfeksiyonu ve servikal mukus anormallikleri fertilitiyi etkileyen servikal faktörlerdir (Şahin ve ark., 2009). Servikal mukus anormallikleri olarak servikal hücrelerin salgıladığı mukusta meydana gelen kalite, kantite, enfeksiyon ve immünolojik problemler infertiliteden sorumludur (Zeren, 2019). İmmünolojik nedenler en yaygın nedenlerdendir ve mukus glandları tarafından üretilen anti sperm IgA'lar sperme karşı reaksiyon verirler. Spermiler servikte hareketsiz hale gelirler (Çetinbaş ve ark., 2014).

2.1.2.2. Erkek İnfertilitesi

Erkeklerin yaklaşık %1'i kalıcı olarak infertildir ve erkeklerin yaklaşık %20'sinin sperm kalitesi normal fertilitite ile uyumlu olduğu düşünülen eşik değerin altındadır (For Women's ve Children's Health, 2013).

Erkek üreme sisteminde infertiliteye en yaygın olarak ejakülasyondaki sperm yokluğu veya düşük seviyelerde oluşu veya spermin anormal morfolojisi ve motilitesi neden olur (Organization, 2018)

Erkek infertilitesinin; hormonal bozukluklar, genetik nedenler, fiziksel nedenler, yaşam tarzı veya psikolojik ve davranışsal faktörlerden kaynaklanabileceği raporlanmıştır. Ayrıca sperm kalitesinin ileri yaş erkeklerde etkilenmesi sonucu infertilite oluşabilir (Serdaroğulları, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre erkek infertilite nedenleri aşağıdaki maddeler halinde sıralanabilir:

- Obstrüksiyon; ejakülatör kanallar ve seminal veziküller gibi semen taşıyan kanallarda obstrüksiyon olması nedeniyle sperm atılımının gerçekleşmemesi,
- Hormonal bozukluklar; hipotalamus, hipofiz bezi ve testisler tarafından üretilen hormonlarda bozukluk olması, hormonal dengesizliğe neden olan bozukluklara örnek olarak hipofiz veya testis kanserleri örnek verilebilir.
- Testiküler disfonksiyon; testislerin sperm üretememesi, varikoseller veya sperm üreten hücreleri etkileyen (kemoterapi gibi) tıbbi tedaviler,
- Anormal sperm fonksiyonu ve kalitesi; spermin anormal morfolojisine ve anormal motilitesine neden olan durumlar fertilitiyi olumsuz yönde etkiler. Örneğin, anabolik

steroidlerin kullanımı; sperm sayısı ve şekli gibi anormal semen parametrelerine neden olabilir.

2.1.2.3. Açıklanamayan İnfertilite

Açıklanamayan infertilite; on iki ay korunmasız ilişkiye rağmen gebelik elde edemeyen çiftlerde yapılan temel değerlendirmede herhangi bir patolojiye rastlanmaması olarak tanımlanmaktadır. Çiftlerin yaklaşık olarak %15'inde tüm infertilite testleri yapılmasına rağmen bir neden ortaya konamamaktadır (Mutlu ve ark., 2013). Bunda genellikle standart testlerle anlaşılamayan oosit kalitesindeki, fertilizasyondaki veya implantasyondaki bozuklukların etkili olduğu düşünülmektedir (Adıgüzel ve ark., 2015).

Nedeni tespit edilemediği için tedavisinde; sebebi ortadan kaldırmak değil, ampirik olarak fertilite oranlarını artırmak amaçlanır. (Mutlu ve ark., 2013).

2.1.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertil bir çiftin değerlendirilmesinde öncelikli hedef, infertilite nedeni veya nedenlerinin ortaya konmasıdır. İnfertil çiftin değerlendirilmesinde öncelik erkek faktörünün araştırılması, yani spermiogram yapılmasıdır. Kadına ait testlerin çoğu menstrüel siklus günleri ile ilişkili olup, bu değerlendirmeler için zamana ihtiyaç vardır. Bu süreç infertil çiftte hekimi tarafından ilk muayene esnasında detaylı ve açık şekilde anlatılmalıdır (Çetinbaş ve ark., 2014). İnfertilite değerlendirilmesi anamnez ve fizik muayene ile başlar (Zeren, 2019).

Anamnezde, genel olarak çiftlerde şunlar sorgulanmalıdır;

- Yaş,
- Evlilik ve infertilite süresi,
- Eğitim düzeyi,
- Sosyodemografik özellikler,
- Sosyal güvence,
- Kadının menstrual öyküsü,
- Psiko-seksüel faktörleri,
- Fertiliteyi azaltan faktörler (yaşam tarzı, beslenme şekli, çalışma koşulları, sık seyahatler, sigara, alkol, madde kullanımı, kafein tüketimi, stres düzeyi vb.)
- Endokrin, kronik, kalıtsal, metabolik hastalık öyküsü varlığı,
- Toksin maruziyeti,

- İlaç kullanımı varlığı (Zeren, 2019).

2.1.4. İnfertilitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri

A. Erkeğe Yönelik Tanı Testleri

Semen Analizi: Erkek infertilitesinde semen volümü, semen konsantrasyonu, sperm motilitesi ve sperm morfolojisi semen analizi ile değerlendirilir (Zeren, 2019). İlk adım olarak yapılan en az dört hafta ara ile uygun yapılmış iki semen analizi erkek fertilizasyon potansiyelini gösterir (Serdaroğlu, 2020).

Hormonal Testler: Her infertil erkeğe rutin hormonal değerlendirme gerekli değildir. Endokrin değerlendirme aşağıdaki özelliklere sahip erkeklerde yapılmalıdır:

- Sperm konsantrasyonu 5-10 milyon/ml'nin altında olan,
- Bozulmuş cinsel fonksiyonu olan,
- Özel hormonal bozukluğu düşündüren bulguları olan (kılınma azlığı, jinekomasti, galaktore, koku alma bozukluğu) erkeklerde endokrin değerlendirme yapılmalıdır (Yılmaz F, 2020).

Ultrasonografi (USG): Prostat ve yardımcı üreme bezlerini transrektal ultrasonografi gösterir. Transrektal USG; asidik, früktoz içermeyen düşük hacimde ejakülatı olan hastaların değerlendirilmesinde yararlı tanı yöntemidir. Skrotal USG; skrotal muayenede anormallik saptanan (testiste kitle ve epididimal kistler gibi) hastaların değerlendirilmesinde yardımcı olmaktadır. Doppler USG ise palpasyonu zor olan varikosel tanısında yardımcıdır. Muayene esnasında vas deferans yokluğu saptanan olgularda böbrek patolojileri açısından böbrek ultrasonografisi yapılması önerilebilir (Zeren, 2019).

Özel semen ve sperm testleri: İnfertil erkeklerde rutin değerlendirilmede bu testler kullanılmaz, ancak az bir hasta grubunda açıklanamayan infertiliteye katkıda bulunmak amaçlı, erkek faktörünün araştırılmasında ve tedavi yönteminin seçilmesinde kullanılabilir. Semende lökosit miktarı, anti-sperm antikör testleri gibi yöntemler bunlardan bazılarıdır (Yılmaz F, 2020).

B. Kadına Yönelik Tanı Testleri

Ovulasyon testleri: Ovulasyonun gerçekleşip, gerçekleşmediğini öğrenmek amacıyla ve özellikle cinsel ilişkiyi bu döneme denk getirerek gebe kalma ihtimalini artırmak için yapılır. Bazal vücut ısı ve servikal mukus gibi yöntemlerdir (Ozan ve Okumuş, 2013).

Postkoital Test: Servikal mukusun özelliklerini ve mukus içindeki sperm fonksiyonunu değerlendirmek için yapılır (Ozan ve Okumuş, 2013). Kadında servikal nedenleri ve erkekte sperm kalitesini gösteren bu test 36-48 saatlik cinsel perhiz sonrası menstrual siklusun 12-14. günlerinde yapılır (Zeren, 2019).

Endokrin Testler: Hipotalamus, hipofiz ve over fonksiyonlarını değerlendirmek için yapılır (Ozan ve Okumuş, 2013). Hormonal testler; TSH, serbest testosteron, FSH, LH, prolaktin, E2, inhibin B, 17 hidroksi progesteron, androstenedion, DHEA-S bakılmalıdır (Demirtaş, 2014).

Histerosalpingografi (HSG): Menstrual döneminin bitişinden sonraki 3-4 gün içinde yapılması gereken bir tetkiktir. Bu dönemde endometrium incedir, dolayısıyla gebelik ihtimali düşüktür. Bu dönemde film daha kalite olmakta, ayrıca gebelik varsa gebeliğe verilecek zararlar engellenmektedir. HSG ile uterin kavitenin konjenital anomalileri ve organik patolojileri görüntülenebilmekte ve uterusu ait infertilite nedeni ortaya konabilmektedir (Demirtaş, 2014).

Ultrasonografi (USG): Pelvik organların yapısını değerlendirmek amacıyla yapılır (durgun ozan 2013). Uterusun boyutu ve pozisyonu hakkında bilgi verir. Miyometriumun homojenitesi ve lezyon varlığı konusunda bilgi verir. Endometriumun kalınlığı, düzenli olup olmadığı, siklus fazı ile uyumu, intrakaviter patoloji ya da konjenital anomali varlığı hakkında bilgi verir. Overlerin yerleşimi, ekojenitesi, stromal yapısı, boyutları, dominant folikül veya korpus luteum varlığı, solid-kistik kitle varlığı konusunda bilgi verir (Yıldırım, 2009).

Laparoskopi ve Histeroskopi: İnfertil hastaların değerlendirilmesinde temel tetkiklerden değildir. Bazı durumlarda tanı ve tedavi amaçlı başvurulabilecek bir tetkiktir. Histeroskopi, uterin kavitenin değerlendirilmesi ve anomalilerin tanısında altın standarttır ancak invaziv bir yöntemdir (Yıldırım,2009).

2.1.5. İnfertilitenin Tedavisi

İnfertilite tedavisinden istenen etkinliği yüksek, maliyetinin düşük, kullanımının kolay ve yan etkilerinin az olmasıdır. Kişiye uygun infertilite tedavisinin bulunması her zaman kolay

olmaz. Bu nedenle bireylerin infertilite öyküsü, fizik muayene bulguları, yaş ve zaman kısıtlamaları, maddi olanakları gibi faktörlerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Genellikle, karmaşık tedavilerden önce, daha basit tedaviler düşünülmeli ve bireysel gereksinimler göz önüne alınmalıdır (Zeren, 2019).

İnfertilite tedavisi öncelikle nedeni ortadan kaldırmaya yönelik planlanır. Anatomik veya fizyolojik infertiliteye neden olduğu düşünülen sorunlar ortadan kaldırılır. Bütün çabalara rağmen fertilitenin gerçekleşmeyeceği anlaşılan çiftlere infertilite tedavisi yapılır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

Tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertil çiftlerin %85-90'ının infertiliteye neden olan sorunları giderilmekte ve gebelik sağlanmaktadır. Kalan %10-15 infertil çiftte ise farklı yardımcı üreme tekniklerinden yararlanılmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

2.1.6. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri

İnfertilite kronik bir stresördür ve genellikle hastalarda gelecek hakkında güçlü şüphe ve belirsizlik duyguları oluşturur (Neelofar, 2006).

İnfertilite çiftlerin duygusal durumlarını, sosyal yaşamlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, benlik saygılarını, beden imajlarını, yaşam kalitelerini ve gelecekle ilgili planlarını olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir durumdur (Zeren, 2019; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Çiftler istemelerine rağmen çocuk sahibi olamadıklarında “aile olma” rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olup, bu durum başarısızlık ve yetersizlik duygularına neden olmaktadır. (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

Her iki cinsiyetin infertiliteyi farklı algılayabilecekleri, sorunla baş etme yollarının farklı olabileceği ve farklı psikiyatrik semptomlar sergileyebilecekleri belirtilmektedir. Kadınların infertiliteden nedenine bakılmaksızın daha olumsuz etkilenmesi beklenmektedir. Çünkü girişimsel tedavi yöntemlerine maruz kalan, infertilite nedeni erkekte bile olsa genellikle kadındır. Literatürdeki infertil çiftlerde yapılan çalışmalarda da kadınlarda erkeklere oranla daha fazla psikiyatrik belirti ve bulgulara rastlandığı bildirilmekte ancak her iki taraf içinde infertilitenin evlilik çatışmalarına, cinsel ilişkide azalmaya ve “yetersizlik” algısına neden olduğu öne sürülmektedir (Güleç ve ark., 2011). Çetişli ve ark'nın çalışmasında kadınların ve erkeklerin umutsuzluk puanları orta değer altında bulunmuş ancak kadınlarda umutsuzluğun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çetişli ve ark, 2019).

İnfertilitenin kadın yönünden psikolojik olarak anlamı; kontrol kaybı, doğuramama, psikolojik eksiklik, sosyal güvence eksikliği, kendini toplumun dışında hissetme, yalnızlık, sosyal rol eksikliği, özsaygısında azalma olduğu bildirilmektedir. Erkek yönünden psikolojik olarak anlamı ise doğurtamama, psikolojik eksiklik, yalnızlık, iş hayatında destek eksikliği, soy devamlılığının sağlanamaması, sosyal rol ve sosyal güvence eksikliği olduğu belirtilmektedir (Şen ve ark., 2014). Ayrıca infertilite tedavisi gören kadınların çocuk sahibi olamamayı en üzüntü verici durum olarak değerlendirdiği bulunmuştur (Algül ve Aksu, 2014).

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadığı duygusal evreler; şok, inkar etme, suçluluk, kızgınlık, depresyon, kendini soyutlama, kontrol kaybı ve umutsuzluk olup bu süreçte sağlıklı ilişki kuran çiftler çözülme evresine ilerler. Sorunu yok sayma yerini, gerçekleri kabul etmeye bırakır ve tedavi alternatiflerini arayıp birbirleriyle, çevreleriyle beraber barışçıl bir yol izlerler (Akdeniz, 2004).

Gebelik oranlarını artırmayı amaçlayan psikolojik destek grupları infertil hastaların sosyal, profesyonel ve duygusal alanlarını etkileyen problemin çözümü için önemli bir yardımdır. Bilişsel davranışçı terapi müdahalesinin infertil hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Gorayeb ve ark., 2012).

2.1.7. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu

Evlilikte uyum, eşlerin mutlu yaşamak ve aynı hedeflere ulaşmak için farklı kişiliğe sahip olmalarına rağmen birbirlerini tamamlamaları olarak tanımlanabilir. Evliliklerindeki doyum, mutluluk ve mutsuzluk gibi tüm duygular başkalarıyla ve kendileriyle olan ilişkilerini etkilemektedir (Yılmaz, 2001).

İnfertilite, çiftlerin her ikisini de olumlu veya olumsuz etkileyen bir durumdur. Genellikle infertilite bir sağlık problemi olarak aile içinde hayal kırıklığına, çiftlerin birbirlerini suçlamalarına neden olarak evlilik sorunlarına ve cinsel sorunlara neden olmaktadır (Çetişli ve ark, 2014). Her iki cinsiyetinde infertiliteye bağlı duygusal belirtiler gösterdiğini, evliliklerindeki memnuniyetin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Tüzer ve ark, 2010). Yapılan çoğu çalışmada ise kadınların özellikle primer infertil olanların evlilikte uyumlarının erkeklerden daha kötü olduğu belirlenmiştir (Çetişli ve ark, 2019).

Kadınlar için sorunun her iki eşten kaynaklı olduğu durumlarda evlilikte uyum en yüksek iken; kadın kaynaklı, erkek kaynaklı ve açıklanamayan infertilite nedeniyle olmasına göre sırasıyla evlilikte uyum azalmaktadır. Erkekler için ise infertilite nedenine göre evlilikte uyum değişmemektedir. Kadınlarda ekonomik durum iyileştikçe evlilikte uyum artmakta,

anksiyete ve depresyon azalmaktadır (Şimşek, 2017). İnfertilite tedavi süresi uzadıkça depresif belirtilerin arttığı evlilik uyumlarının azaldığı gözlenmiştir (Tüzer ve ark, 2010).

Kişisel baş etme yöntemlerine, tedaviye katılan eşlerin arasındaki paylaşıma ve iletişime bağlı olarak infertilitenin evlilik ilişkisine etkisinin değişebileceği belirtilmektedir (Bolsoy, 2010). Her iki cinsiyetin tedavi süreci ile başa çıkma yöntemleri, infertilitenin evlilik üzerindeki sonuçlarını ve evlilikte uyumunu etkilemektedir. İnfertilitenin evlilik üzerinde ve eşlerin iletişimindeki etkisinin erkeklerin tedaviye ilgisi ve katılımları arttığı sürece olumlu şekilde sonuçlandığı ortaya çıkmaktadır (Bodur ve ark., 2013).

Fertiliteye bağlı olarak evlilikte uyum ve evlilik doyumunun değişmediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Gorayeb ve ark., 2012). Bazı çalışmalarda ise infertilite tedavisi gören çiftlerin birbirine desteğinin artmasıyla evlilikte uyumlarının yükseldiği bildirilmektedir (Schmidt ve ark., 2005).

2.1.8. İnfertil Çiftlerde Yaşam Kalitesi

Tek bir anlamı bulunmayan yaşam kalitesi; bir kişinin yaşamının tamamıyla iyi gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak ele alınabilir. Yaşam kalitesi insanların psikolojik durumlarını, fiziksel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini, çevreyle etkileşimlerini ve inançlarını kapsar. Bireyin hastalıktan ne kadar etkilendiğini klinik ve biyokimyasal değerlendirmelerin gösterememesi nedeniyle ‘yaşam kalitesi’ kavramı oluşturulmuştur (Çetinbaş ve ark 2014). Bireylerin yaşam kalitesi düştüğünde genel olarak yaşamdan keyif almama, mutsuzluk, yaşama ilişkin amaçların ve beklentilerin kaybolması ve depresyon gibi genel sağlığı olumsuz etkileyen durumlar görülmektedir (Çağlar ve Satılmış,2019).

İnfertilite ise çiftlerin kendileri ve çevreleriyle ilişkilerini, cinsel ve sosyal yaşamını, evlilikte uyumu, dolayısıyla yaşam kalitesini çok fazla etkileyen bir sağlık sorunudur (Çetinbaş ve ark 2014). Eskiden beri infertilitenin sosyal ve mental sağlığı etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle infertil çiftlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi infertilite tedavisi kadar önemlidir (Karabulut ve ark., 2013). İnfertil bireylerde yaşam kalitesini; tanının getirdiği psikososyal sorunlara ilave olarak tanı ve tedavi boyunca yaşanan zorluklar olumsuz etkilemektedir (Çağlar ve Satılmış,2019).

Yaşam kalitesi değerlendirmesi; sağlık koşullarının veya müdahalelerin hasta üzerindeki etkisinin anlaşılmasını sağlar (Karabulut ve ark., 2013). Yaşam kalitesi ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesinde; erkeklerin çift uyumuyla beraber yaşam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmış olup, çift uyumu ile yaşam kalitesi arasında yüksek

oranda pozitif ilişki olduğu görülmüştür (Bolsoy, 2010). Aynı zamanda infertil erkeklerin ağrı, emosyonel rol ve mental sağlık durumlarının, kadınlardan daha iyi olduğu saptanmıştır (Bolsoy, 2010). Kadın eş tarafından infertiliteye bağlı sorumluluğun daha fazla üstlenilmesi nedeniyle, kadınlarda yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilenmekte olduğu söylenebilmektedir (Zeren, 2019).

İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği birçok çalışmada; yaş, kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, geniş aile yapısı, kötü evlilik ilişkisi, düşük sosyo-ekonomik durum, şiddetli çocuk isteme arzusu, primer infertilite, infertilite süresi, kadın faktörlü infertilite, başarısız tedavi deneyiminin olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Zeren, 2019; Çağlar ve Satılmış,2019).

İnfertilite tedavisi gören çiftlerde, evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin tedaviden alınan sonuçları doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği görülmüş olup bu çalışmanın amacı da infertil çiftlerde evlilik uyumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek ve çiftlerin hangi konularda desteğe ihtiyaç duyduklarını belirlemek olmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte analitik çalışma olarak planlandı. Bu çalışmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Tüp Bebek Merkezine ve İnfertilite Polikliniğine infertilite tedavisi için 01.04.2021-15.06.2021 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturdu.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Daha önce yapılmış olan çalışmalarda ülkemizde infertilite sıklığı %15 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda evrendeki birey sayısı bilinmediği için çalışmaya alınması gereken denek sayısı $n=t^2.p.q/d^2$ formülü kullanılarak hesaplandı (Aksakoğlu, 2001).

n =Çalışmaya alınacak denek sayısı

t = Evrendeki birey sayısı bilinmediği için serbestlik derecesi ∞ olarak alınmıştır. 0.05 de ∞ serbestlik derecesinde teorik t değeri tablodan bakılarak 1.96 bulundu.

p = Ülkemizde infertilite sıklığı %15 kabul edildi. p değeri = 0.15 alındı.

q = İnfertilite görülme sıklığı (1-p) $1-0.15=0.85$ 'tir.

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ standart sapma miktarı ($\pm\%8$ sapma istediğimizden) $d=0.08$ alındı.

$n = (1.96)^2 (0.15 \times 0.85) / (0.08)^2 = 196$. Çalışmamıza bu hesap doğrultusunda 18 yaş üzerinde en az 196 infertil hasta alınması planlandı. Çalışma 222 katılımcı ile tamamlandı.

3.3. Çalışmaya alınmama kriterleri

Araştırma kapsamında çalışmaya dahil edilmeme kriterleri aşağıdaki gibidir:

- 1) Sekonder infertil çiftler
- 2) Ağır psikiyatrik hastalık varlığı
- 3) Mental retarde olanlar
- 4) Sözlü iletişim kurulamayan bireyler
- 5) Anadili Türkçe olmayan kişiler

3.4. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurul onayı alındı (2018/1623 Tarih: 21.12.2018). Bireylere çalışmanın amacı hakkında kısaca bilgi verilerek Helsinki Deklarasyonu ilkelerine göre sözlü ve yazılı onamları alındı.

3.5. Verilerin Toplanması

Bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Tüp Bebek Merkezine ve infertilite polikliniğine 01.04.2021-15.06.2021 tarihleri arasında başvuran hastalar ile yapıldı. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Anketin ilk bölümünde katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, yaşadığı bölge, eğitim düzeyi, mesleği, evlenme yaşı, evlilik biçimi, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, gelir düzeyi, tedavi masraflarının karşılanması, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik tedavi varlığı, sigara kullanımı, alkol ve madde kullanımı, infertilitenin kaç yıldır mevcut olduğu, etiyolojisinin bilip bilinmediği, kaç yıldır tedavi aldığı, daha önce tedavi yöntemi varlığı) sorularına yer verilirken, ikinci bölümünde; “Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği”nden ve “Evlilikte Uyum Ölçeği”nden yararlanıldı.

3.5.1. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) (FertiQol)

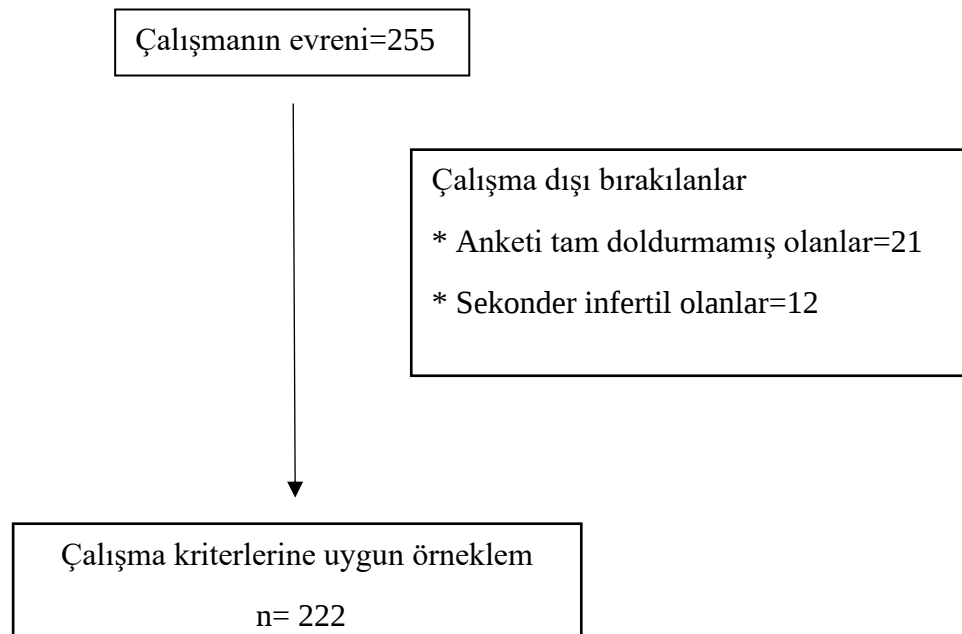
Boivin ve ark. (2011) tarafından geliştirilen FertiQol 36 soruluk ‘Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği’dir. Türkçe iç güvenirlik çalışması, Çetinbaş ve ark. (2014) tarafından gerçekleştirilmiş olup, bu ölçek çekirdek olarak 24 madde, tedavi ile ilişkili

10 madde, tüm hayat ve fiziksel sağlıkla ilgili 2 madde içeren 36 soru ile yaşam kalitesini değerlendirmektedir. FertiQol ölçeğinin 24 sorudan oluşan çekirdek bölümünde dört adet alt ölçek bulunmaktadır. Bunlar; duygusal, zihin-beden, ilişkisel ve sosyal alt ölçeklerdir. Her alt ölçek altışar sorudan oluşmaktadır. Tedavi bölümünde iki alt ölçek bulunup; bunlar tedavi çevresi ve tedavi tolerasyon alt ölçeğidir. Ölçek 5’li likert tipi cevaplar içermekte, yanıt puanları 0 ile 4 arasında değişmektedir. Daha yüksek puan daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. FertiQol ölçeği 0 ile 100 arasında puanlandırılır, puan yükseldikçe yaşam kalitesi yükselmektedir (Çetinbaş ve ark., 2014). Alt ölçek ve toplam ölçekler için ölçeklendirilmiş puanları hesaplamak için, ilgili ham puan 25/k ile çarpılır; burada k, alt ölçekteki madde sayısıdır. Ölçeklenen puan aralığı ise 0 ile 100 arasındadır (Boivin ve ark., 2011).

3.5.2. Evlilikte Uyum Ölçeği

Araştırmada evlilik uyumunu ölçmek amacıyla Locke ve ark. (1959) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tutarel-Kışlak (1999) tarafından yapılmış olan Evlilikte Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Yüksek puan evlilikte uyumu, düşük puan evlilikte uyumsuzluğu gösteren ölçekte toplam 15 madde mevcuttur ve alınabilecek puanlar 1 ile 60 arasındadır. Genel evlilik uyumu ile aile bütçesi, arkadaşlar, duyguların ifadesi, yaşam felsefesi ve cinsellik gibi konularda anlaşma veya anlaşamama durumu, güven, boş zaman, çatışma çözme ve ev dışı etkinliklerdeki çiftlerin uyumu değerlendirilmektedir (Kublay 2015).

3.6. Çalışma Akış Şeması



3.7. Verilerin istatistiksel analizi

Veriler istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için “Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov” testleri kullanıldı. Kategorik verilerin istatistiksel analizi için “Ki kare testi”, nicel verilerin istatistiksel analizi için ise normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda “bağımsız- t testi”, üç ve daha fazla olan gruplarda “One Way ANOVA” testi (post hoc Tukey test), normal dağılıma uymayan verilerde “Mann Whitney U, Kruskal Wallis” testi kullanıldı. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Parametreler arası korelasyon Pearson korelasyon analizi ile yapılmıştır. Korelasyon katsayısı (r); 0,000-0,249 arası zayıf, 0,250-0,499 arası orta, 0,500-0,749 arası güçlü, 0,750-1,000 arası çok güçlü ilişki olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 222 kişinin %78,4’ü (n=174) kadın, %21,6’sı (n=48) erkekti. Kadın katılımcıların yaş ortalaması $31,22 \pm 6,02$ (min:20, maks:46) yıl, erkek katılımcıların yaş ortalaması $34,91 \pm 7,03$ (min:24, maks:53) yıl bulunmuştur. Katılımcıların %20,7’sinin (n=46) geliri giderinden az, %59,9’unun (n=133) geliri giderine eşit, %19,4’ünün (n=43) geliri giderinden fazlaydı, %73’ü il merkezinde yaşıyordu, %85,6’sında (n=190) çekirdek tipi aile yapısı vardı, %41,9’u (n=93) üniversite mezunuydu ve %56,3’ü (n=125) ev hanımıydı. Kronik bir hastalığı olanların sıklığı %59,5 (n=132) olup, %78,4’ünde (n=174) devamlı ilaç kullanımı mevcuttu. Evlilik biçimi %46,8’inde (n=104) görücü usulü isteyerek, %49,1’inde (n=109) anlaşarak olmuştu. Eşin çalışma durumu incelendiğinde %81,1’i (n=180) çalışıyordu, %55,0’ı (n=98) sigara içicisi idi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi.

İnfertilite öyküsü ve tedavisiyle ilgili katılımcıların %45,0’ı (n=100) tedavi masraflarını kendisi karşıladığını, %23,0’ı (n=51) sosyal güvencesinin karşıladığını belirtti. Kadınların %35,6’sı (n=62) düzenli adet görmediği belirlendi. İnfertilite sebebi olarak %25,7’si (n=57) erkek, %36,0’ı (n=80) kadın, %22,5’i (n=50) her iki cinsiyet kaynaklı, %15,8’inde bilinmeyen nedenlerden kaynaklanıyordu. Katılımcıların %69,4’ü (n=154) ailesinden, %9,9’u (n=22) arkadaşlarından duygusal destek almaktaydı. Tablo 2’de infertilite öyküsü ve tedavisiyle ilgili özellikler gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Parametreler	n	%
Cinsiyet	Kadın	174	78,4
	Erkek	48	21,6
Çalışma durumu	Çalışıyor	96	43,2
	Çalışmıyor	126	56,8
Yaşadığı Yer	Köy-kasaba-ilçe	60	27,0
	İl	162	73,0
Ekonomik durum	Gelir giderinden az	46	20,7
	Gelir giderine eşit	133	59,9
	Gelir giderinden fazla	43	19,4
Eğitim durumu	İlkokul	34	15,3
	Ortaokul	43	19,4
	Lise	52	23,4
	Üniversite	93	41,9
Meslek	İşçi	41	18,5
	Memur	42	18,9
	Esnaf	14	6,3
	Ev hanımı	125	56,3
Kronik hastalık varlığı	Var	132	59,5
	Yok	90	40,5
Devamlı kullanılan ilaç	Var	174	78,4
	Yok	48	21,6
Sigara	Sigara içiyor	45	20,3
	Sigara içmiyor	177	79,7
Aile yapısı	Çekirdek	190	85,6
	Geniş aile	32	14,4
Evlilik biçimi	Görücü usulü istemeden	9	4,1
	Görücü usulü isteyerek	104	46,8
	Anlaşarak	109	49,1
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	180	81,1
	Çalışmıyor	42	18,9
Eşin sigara içme durumu	Sigara içiyor	98	44,1
	Sigara içmiyor	124	55,9
Eşin eğitim durumu	İlkokul	34	15,3
	Ortaokul	41	18,5
	Lise	59	26,6
	Üniversite	88	39,6

Tablo 2. İnfertilite öyküsü ve tedavisiyle ilgili özellikler

Parametreler	n	%
Tedavi Masraflarını Karşılama		
Kendisi	100	45,0
Sosyal güvencesi	51	23,0
Kendisi-Sosyal güvencesi	62	27,9
Aile ve yakın desteği ile	9	4,1
Düzenli Adet Görme (n=174)		
Hayır	62	35,6
Evet	112	64,4
İnfertilite Sebebi Biliniyor mu?		
Hayır	59	26,6
Evet	163	73,4
İnfertilite Sebebi		
Erkek	57	25,7
Kadın	80	36,0
Her ikisi	50	22,5
Bilinmiyor	35	15,8
Daha Önce Tedavi Uygulanması		
Yok	78	35,1
Var	144	64,9
Duygusal Destek		
Aileden	154	69,4
Arkadaşlardan	22	9,9
Komşudan	4	1,8
Hiç kimseden	32	14,4
Hepsinden	10	4,5

4.2. Evlilik uyumu

Evlilik uyum puanı ortalaması 48,59±8,10 (min:21 max:60) puan olarak bulundu. Evlilik uyum anketinde 43 altında puan alanlar evlilikte uyumsuz, 43 ve üstü puan alanlar evlilikte uyumlu olarak değerlendirildiğinde; %21,6'sının (n=48), evlilikte uyumsuz, %78,4'ünün (n=174) evlilikte uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların evlilik uyumları ile yaş (**p=0,017**), evlilik yılı (**p=0,004**), tedavi süresi (**p=0,003**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken, Beden kitle indexi (BKİ) (p=0,741) ve evlenme yaşı (p=0,893) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Evlilikte uyumsuz olanların yaş ortalaması (33,9±6,3) evlilikte uyumlu olanların yaş ortalamasından (31,4±6,3) daha yüksekti (**p=0,017**). Evlilikte uyumsuz olanların evlilik yılı ortalaması (9,5±6,2) evlilikte uyumlu olanların evlilik yılı ortalamasından (6,6±6,1) daha yüksekti (**p=0,004**). Tedavi süresi ortalaması (6,6±5,2) olanlar evlilikte uyumsuz, tedavi süresi ortalaması (4,3±4,7) olanlar evlilikte uyumlu bulunmuştur (**p=0,003**). Evlilik uyumunun bazı parametrelerle ilişkisi Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Evlilik uyumunun bazı parametreler ile ilişkisi

	Evlilikte uyumsuz Ortalama±SS**	Evlilikte uyumlu Ortalama±SS**	t	p***
Yaş	33,9±6,3	31,4±6,3	2,410	0,017
Beden kitle indexi	26,6±5,4	26,4±4,8	0,331	0,741
Evlenme yaşı	24,4±5,7	24,5±5,0	-0,134	0,893
Evlilik yılı	9,5±6,2	6,6±6,1	2,912	0,004
Tedavi süresi	6,6±5,2	4,3±4,7	3,027	0,003

*Bağımsız örneklem t- testi kullanıldı. SS**= Standart sapma p***<0,05 anlamlı

4.3. Evlilik uyumunun sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi

Evlilik uyumu ile cinsiyet (p=0.962), eğitim (p=0.855), meslek (p=0.098), çalışma durumu (p=0.367), yaşadığı yer (p=0.862), ekonomik durum (p=0.421), evlilik biçimi (p=0.876), eşin eğitim durumu (p=0.424), eşin çalışma durumu (p=0.809) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Kadınların %21,3'ü (n=37) evlilikte uyumsuz, %78,7'si (n=174) evlilikte uyumlu olarak tespit edildi. Erkeklerin %22,9'u (n=11) evlilikte uyumsuz, %77,1'i (n=48) evlilikte uyumlu olarak bulunurken, cinsiyetler arasında anlamlı fark görülmedi (p=0,962). Çalışan grupta %25,0'ı (n=24) evlilikte uyumsuz, %75,0'ının (n=96) evlilikte uyumlu olduğu bulunmuş olup çalışmayan grupla aralarında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,367). Ekonomik durum gelir giderine eşit olanlarda %18,8 (n=25) evlilik uyumsuz, %81,2 (n=108) evlilik uyumlu olup gelir giderinden az ve gelir giderinden fazla olanlar arasında

anlamlı fark görülmedi ($p=0,421$). Anlaşarak evlenenlerin %20,2'sinin ($n=22$) evlilikte uyumsuz, %79,8'inin ($n=109$) evlilikte uyumlu olduğu görüldü, görücü usulü ile evlenenlerle arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p=0,876$). Evlilik uyumunun sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Evlilik uyumunun sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

	Evlilikte uyumsuz		Evlilikte uyumlu		Toplam		χ^2	p*
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	37	21,3	137	78,7	174	100,0	0,002	0,962
Erkek	11	22,9	37	77,1	48	100,0		
Eğitim								
İlkokul	9	26,5	25	73,5	34	100,0	0,775	0,855
Ortaokul	10	19,2	33	76,7	43	100,0		
Lise	10	19,2	42	80,8	52	100,0		
Üniversite	19	20,4	74	79,6	93	100,0		
Meslek								
İşçi	9	22,0	32	78,0	41	100,0	6,291	0,098
Memur	7	16,7	35	83,3	42	100,0		
Esnaf	7	50,0	7	50,0	14	100,0		
Ev hanımı	25	20,0	100	80,0	125	100,0		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	24	25,0	72	75,0	96	100,0	0,815	0,367
Çalışmıyor	24	19,0	102	81,0	126	100,0		
Yaşadığı yer								
Köy-kasaba-ilçe	12	20,0	48	80,0	60	100,0	0,030	0,862
İl	36	22,2	126	77,8	162	100,0		
Ekonomik durum								
Gelir<giderden	11	23,9	35	76,1	46	100,0	1,728	0,421
Gelir=gider	25	18,8	108	81,2	133	100,0		
Gelir>giderden	12	27,9	31	72,1	43	100,0		
Evlilik biçimi								
Görücü/istemedenden	2	22,2	7	77,8	9	100,0	0,265	0,876
Görücü/isteyerek	24	23,1	80	76,9	104	100,0		
Anlaşarak	22	20,2	87	79,8	109	100,0		
Eşin eğitim durumu								
İlkokul	11	32,4	23	67,6	34	100,0	2,794	0,424
Ortaokul	9	22,0	32	78,0	41	100,0		
Lise	12	20,3	47	79,7	59	100,0		
Üniversite	16	18,2	72	81,8	88	100,0		
Eşin çalışma durumu								
Çalışıyor	40	22,2	140	77,8	180	100,0	0,059	0,809
Çalışmıyor	8	19,0	34	81,0	42	100,0		

*ki-kare testi kullanıldı.

Evlilik uyumu ile infertilite öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Tedavi masraflarını kendisi karşılayanların %16,0'sı (n=16) evlilikte uyumsuz, %84,0 'ı (n=84) evlilikte uyumlu olup tedavi masraflarını sosyal güvencesi karşılayanların %19,6'nın (n=10) evlilikte uyumsuz, %80,4 (n=41) evlilikte uyumlu olduğu görülmüştür. Tedavi masraflarının karşılanmasına göre evlilikte uyum açısından herhangi bir ilişki bulunmamıştır (p=0,138). İnfertilite nedeni kadın kaynaklı olanların %17,5'i (n=14) evlilikte uyumsuz, %82,5'i (n=66) evlilikte uyumlu bulunmuştur. İnfertilite nedeni ile evlilikte uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0,459). Tablo 5'te evlilik uyumu ile infertilite öyküsü arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 5. Evlilik uyumunun infertilite öyküsüne göre değerlendirilmesi

	Evlilikte uyumsuz		Evlilikte uyumlu		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Tedavi masraflarının karşılanması								
Kendisi	16	16,0	84	84,0	100	100,0	5,517	0,138
Sosyal güvence	10	19,6	41	80,4	51	100,0		
Kendi-sosyal güvence	19	30,6	43	69,4	62	100,0		
Aile desteği	3	33,3	6	66,7	9	100,0		
İnfertilite tanısı								
Erkek nedenli	15	26,3	42	73,7	57	100,0	0,548	0,459
Kadın nedenli	14	17,5	66	82,5	80	100,0		
Her ikisi nedenli	14	28,0	36	72,0	50	100,0		
Bilinmiyor	5	14,3	30	85,7	35	100,0		

*ki-kare testi kullanıldı.

4.4. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Çalışmada katılımcıların yaşam kalitesi toplam skoru ortalaması 67,66±15,38 (min:20,59 max:93,38) olarak bulundu. Çekirdek modülü alt boyut skorları; duygusal alt boyut skoru ortalaması 62,66±22,14 (min:8,33 max:100,00), zihin beden alt skoru ortalaması 66,06±22,95 (min:12,50 max:100,00), ilişkisel alt boyut skoru ortalaması 79,18±17,70 (min:16,67 max:100,00), sosyal alt boyut skoru ortalaması 69,01±20,59 (min:16,67 max:100,00) olarak tespit edildi. Tedavi modülü alt boyut skorları ortalaması; tedavi çevresi alt boyut skoru ortalaması 64,76±19,04 (min:4,17 max:100,00) tedavi tolerasyon alt boyut skoru ortalaması 64,76±23,98 (min:0,00 max:100,00) olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

		Ortalama±SS	Min	Max
Çekirdek modülü	Duygusal alt boyut skoru	62,66±22,14	8,33	100,00
	Zihin beden alt boyut skoru	66,06±22,95	12,50	100,00
	İlişkisel alt boyut skoru	79,18±17,70	16,67	100,00
	Sosyal alt boyut skoru	69,01±20,59	16,67	100,00
Tedavi modülü	Tedavi çevresi alt boyut skoru	64,76±19,04	4,17	100,00
	Tedavi tolerasyon alt boyut skoru	64,76±23,98	0,00	100,00
	FertiQol toplam skoru	67,88±15,38	20,59	93,38

Evlilik uyumu ve ‘Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi’ sorularının iç güvenirlik katsayısı yüksek bulundu. Tablo 7’de toplam evlilik uyumu ve yaşam kalitesi puanlarının Cronbach’s alpha değerleri gösterilmektedir.

Tablo 7. Toplam evlilik uyumu ve yaşam kalitesi puanlarının Cronbach’s alpha değerleri

	Madde sayısı	Cronbach’s alpha
Toplam evlilik uyumu puanı	15	0,832
Toplam FertiQol puanı	34	0,874
Çekirdek modül puanı	24	0,842
Tedavi modül puanı	10	0,775
Duygusal alt boyut	6	0,732
Zihin beden alt boyut	6	0,687
İlişkisel alt boyut	6	0,648
Sosyal boyut alt boyut	6	0,543
Tedavi çevresi alt boyut	6	0,804
Tedavi tolerasyon alt boyut	4	0,697

4.5. Yaşam kalitesinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi

Cinsiyet ile yaşam kalitesi duygusal alt boyut skoru (**p=0,029**), zihin beden alt boyut skoru (**p=0,038**), tedavi tolerasyon alt boyut skoru (**p=0,032**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Erkeklerin duygusal alt boyut skoru ortalaması (68,83±24,65) kadınların duygusal alt boyut skoru ortalamasından (60,96±22,07) daha yüksek tespit edilmiştir (p=0,029). Erkeklerin zihin beden alt boyut skoru ortalaması (73,26±21,99) kadınların zihin beden alt boyut skoru ortalamasından (65,03±24,65) daha yüksek çıkmıştır. Erkeklerin tedavi tolerasyon alt boyut skoru ortalaması (71,09±24,41), kadınların tedavi tolerasyon alt boyut skoru ortalamasından (62,71±23,61) daha yüksek bulunmuştur. Çalışma durumu ile duygusal

alt boyut ($p=0,036$) arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Çalışan grupta duygusal alt boyut skoru ortalaması ($66,23\pm20,46$) çalışmayan grubun duygusal alt boyut skoru ortalamasından ($59,95\pm23,06$) daha yüksek bulundu. Tablo 8’de yaşam kalitesi alt boyutlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması gösterilmektedir.

Tablo 8. Yaşam kalitesinin sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

Skor \ Cinsiyet	Kadın Ortalama $\pm$ SS	Erkek Ortalama $\pm$ SS	t	p
Duygusal alt boyut	60,96 $\pm$ 22,07	68,83 $\pm$ 24,65	-2,198	0,029
Zihin beden alt boyut	65,03 $\pm$ 24,65	73,26 $\pm$ 21,99	-2,092	0,038
İlişkisel alt boyut	79,62 $\pm$ 21,56	81,07 $\pm$ 16,12	-0,435	0,664
Sosyal alt boyut	69,97 $\pm$ 22,59	69,87 $\pm$ 19,66	0,026	0,979
Tedavi çevresi alt boyut	64,40 $\pm$ 19,44	66,05 $\pm$ 17,65	-0,532	0,595
Tedavi tolerasyon alt boyut	62,71 $\pm$ 23,61	71,09 $\pm$ 24,41	-2,160	0,032
FertiQol toplam	67,37 $\pm$ 15,70	71,73 $\pm$ 14,55	-1,731	0,085
Skor \ Çalışma durumu	Çalışıyor Ortalama $\pm$ SS	Çalışmıyor Ortalama $\pm$ SS	t	p
Duygusal alt boyut	66,23 $\pm$ 20,46	59,95 $\pm$ 23,06	2,109	0,036
Zihin beden alt boyut	68,31 $\pm$ 22,93	65,67 $\pm$ 25,31	0,802	0,423
İlişkisel alt boyut	79,77 $\pm$ 23,04	80,05 $\pm$ 18,39	-0,103	0,918
Sosyal alt boyut	68,22 $\pm$ 19,75	71,26 $\pm$ 23,48	-1,020	0,309
Tedavi çevresi alt boyut	63,71 $\pm$ 19,45	65,56 $\pm$ 18,75	-0,716	0,475
Tedavi tolerasyon alt boyut	64,12 $\pm$ 25,00	64,83 $\pm$ 23,27	-0,216	0,829
FertiQol toplam	68,65 $\pm$ 15,47	68,06 $\pm$ 15,64	0,279	0,780

*Bağımsız örneklem t- testi kullanıldı.

Yaşam kalitesi toplam skoru ve alt boyut skorları ile yaşadığı yer, hastalık, aile biçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yaşadığı yer ile yaşam kalitesi toplam skoru ortalaması; ilde yaşayanlarda $67,69\pm15,56$, köy kasaba ilçede yaşayanlarda $69,98\pm15,48$ olarak bulundu ve anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,331$). Kronik hastalığı olanların toplam yaşam kalitesi ortalaması $68,30\pm15,17$ iken, kronik hastalığı olmayanların toplam yaşam kalitesi ortalaması $68,32\pm15,83$ olarak bulundu ($p=0,991$). Aile yapısı çekirdek tipi olanların toplam yaşam kalitesi ortalaması $68,82\pm15,12$ olarak bulunurken, geniş aile tipi olanların yaşam kalitesi ortalaması $65,30\pm17,76$ olarak bulundu ve anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,297$). Tablo 9’da yaşam kalitesinin yaşadığı yere, kronik hastalık varlığına ve aile yapısına göre değerlendirilmesi gösterilmektedir.

Tablo 9. Yaşam kalitesinin yaşadığı yere, kronik hastalık varlığına ve aile yapısına göre değerlendirilmesi

Skor	Yaşadığı yer	Köy-kasaba-ilçe Ortalama±SS	İl Ortalama±SS	t	p
Duygusal alt boyut		64,37±22,62	62,03±22,00	0,698	0,486
Zihin beden alt boyut		67,50±21,51	66,56±25,30	0,254	0,799
İlişkisel alt boyut		80,69±27,55	79,65±17,24	0,335	0,738
Sosyal alt boyut		74,02±25,80	68,44±20,22	1,691	0,092
Tedavi çevresi alt boyut		65,13±17,72	64,62±19,56	0,179	0,858
Tedavi tolerasyon alt boyut		67,29±21,90	63,50±24,69	1,045	0,297
FertiQol toplam		69,98±15,48	67,69±15,56	0,975	0,331
Skor	Kronik hastalık	Var Ortalama±SS	Yok Ortalama±SS	t	p
Duygusal alt boyut		59,72±22,46	64,7±21,78	-1,643	0,102
Zihin beden alt boyut		66,48±25,04	67,04±23,86	-0,169	0,866
İlişkisel alt boyut		80,18±18,85	79,76±21,59	0,149	0,882
Sosyal alt boyut		70,78±21,31	69,38±22,43	0,468	0,640
Tedavi çevresi alt boyut		67,08±19,53	63,19±18,61	1,495	0,136
Tedavi tolerasyon alt boyut		64,30±23,16	64,67±24,61	-0,113	0,910
FertiQol toplam		68,30±15,17	68,32±15,83	-0,012	0,991
Skor	Aile yapısı	Çekirdek Ortalama±SS	Geniş aile Ortalama±SS	t	p
Duygusal alt boyut		63,85±21,50	55,59±24,83	1,964	0,051
Zihin beden alt boyut		67,67±24,10	61,71±25,16	1,285	0,200
İlişkisel alt boyut		80,48±20,13	76,69±22,49	0,968	0,334
Sosyal alt boyut		70,50±21,69	66,66±23,47	0,915	0,361
Tedavi çevresi alt boyut		64,71±19,14	65,05±18,71	-0,092	0,927
Tedavi tolerasyon alt boyut		64,14±24,06	66,79±23,72	-0,578	0,564
FertiQol toplam		68,82±15,12	65,30±17,76	1,186	0,297

*Bağımsız örneklem t- testi kullanıldı.

Ekonomik durum ile zihinsel alt boyut skoru ($p=0,018^{ab}$), sosyal alt boyut skoru ($p=0,033$), tedavi çevresi alt boyut skoru ($p=0,047^{ab}$), FertiQol toplam skoru ($p=0,035^{ab}$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Gelir giderine eşit olan bireylerde zihin beden alt boyut skoru ortalaması (70,08±23,45) gelir giderinden az olan bireylerin zihin beden alt boyut skoru ortalamasına (58,78±26,45) göre daha yüksekti ($p=0,018^{ab}$). Gelir giderine eşit olanlarda tedavi çevresi alt boyut skoru ortalaması (67,29±19,92) gelir giderinden az olanların tedavi çevresi alt boyut skoru ortalamasına (59,60±16,14) göre daha yüksek bulundu ($p=0,047^{ab}$). Aynı şekilde gelir giderine eşit olanlarda FertiQol toplam skoru ortalaması (70,59±15,04) gelir giderinden az olanların FertiQol toplam skoru ortalamasına (64,03±16,48) göre daha yüksekti ($p=0,035^{ab}$). Sosyal alt boyut skoru ortalaması (73,02±22,23) gelir giderine

eşit olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p=0,033$). Yaşam kalitesi alt boyut skorları ile ekonomik durumun karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10. Yaşam kalitesi alt boyut skorları ile ekonomik durumun karşılaştırılması

Skor \ Ekonomik durum	Gelir giderinden az (a) Ortalama±SS	Gelir giderine eşit (b) Ortalama±SS	Gelir giderden fazla (c) Ortalama±SS	F	p
Duygusal alt boyut	57,88±24,18	63,94±21,73	63,85±20,92	1,361	0,259
Zihin beden alt boyut	58,78±26,45	70,08±23,45	65,31±22,79	3,896	0,018^{ab}
İlişkisel alt boyut	75,63±20,91	81,89±20,84	78,48±18,40	1,740	0,178
Sosyal alt boyut	66,48±20,73	73,02±22,23	64,14±21,05	3,457	0,033
Tedavi çevresi alt boyut	59,60±16,14	67,29±19,92	62,50±18,09	3,227	0,047^{ab}
Tedavi tolerasyon alt boyut	66,71±24,11	65,78±24,82	58,28±20,39	1,845	0,160
FertiQol toplam	64,03±16,48	70,59±15,04	65,85±15,00	3,811	0035^{ab}

*Oneway testi kullanıldı.

Sigara kullanımı, eş sigara kullanımı ile FertiQol toplam skoru ve alt boyut skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sigara kullanımı ve eş sigara kullanımı ile yaşam kalitesi alt boyut skorlarının karşılaştırılması Tablo 11 de gösterilmektedir.

Tablo 11. Sigara kullanımı ve eş sigara kullanımı ile yaşam kalitesi alt boyut skorlarının karşılaştırılması

Skor	Sigara kullanımı	İçmiyor Ortalama±SS	İçiyor Ortalama±SS	t	p
Duygusal alt boyut		63,55±21,27	59,16±25,26	-1,189	0,236
Zihin beden alt boyut		67,74±23,46	63,14±27,27	-1,135	0,258
İlişkisel alt boyut		81,00±20,41	75,74±20,45	-1,544	0,124
Sosyal alt boyut		70,78±21,51	66,66±23,53	-1,125	0,262
Tedavi çevresi alt boyut		62,77±19,71	62,77±19,71	-0,763	0,448
Tedavi tolerasyon alt boyut		61,52±27,53	61,52±27,53	-0,939	0,349
FertiQol toplam		69,00±18,73	69,00±18,73	-1,667	0,097
Skor	Eşin sigara kullanım durumu	İçmiyor Ortalama±SS	İçiyor Ortalama±SS	t	p
Duygusal alt boyut		63,40±21,83	61,73±22,61	-0,558	0,578
Zihin beden alt boyut		67,33±21,22	66,15±27,80	-0,359	0,720
İlişkisel alt boyut		82,09±21,31	77,21±19,13	-1,771	0,078
Sosyal alt boyut		70,53±22,02	69,21±21,94	-0,442	0,659
Tedavi çevresi alt boyut		65,96±18,02	63,23±20,26	-1,058	0,291
Tedavi tolerasyon alt boyut		65,02±23,13	63,90±25,12	-0,344	0,731
FertiQol toplam		73,53±14,88	71,27±17,36	-1,043	0,298

*Bağımsız örneklem t-testi kullanıldı.

4.5. Yaşam kalitesi ile infertilite öyküsü ve tedavisiyle ilgili özelliklerin değerlendirilmesi

Evlilik süresi ile ilişkisel alt boyut skoru (**p=0,000**), tedavi tolerasyon alt boyut skoru (**p=0,025**), FertiQol toplam skoru (**p=0,029**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Evlilik süresi 5 yıl altında olan çiftlerde ilişkisel alt boyut skoru, tedavi tolerasyon alt boyut skoru, FertiQol toplam skoru daha yüksek bulunmuştur. Tedavi süresi ile ilişkisel alt boyut skoru (**p=0,010**), tedavi tolerasyon alt boyut skoru (**p=0,021**), FertiQol toplam skoru (**p=0,016**) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tedavi süresi 3 yıl altında olanlarda ilişkisel alt boyut skoru, tedavi tolerasyon alt boyut skoru, FertiQol toplam skoru daha yüksek bulunmuştur. Daha önce tedavi yöntemi kullanımı ile tedavi tolerasyon alt boyut skoru (**p=0,026**) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Daha önce tedavi yöntemi kullanımı olmayan hastalarda tedavi tolerasyon alt boyut skoru daha yüksek bulunmuştur. Tablo 12’de yaşam kalitesi/evlilik yaşı, süresi ve tedavi ile ilgili özelliklerin karşılaştırması gösterilmektedir.

Tablo 12. Yaşam kalitesi/evlilik yaşı, süresi ve tedavi ile ilgili özelliklerin karşılaştırması

Skor	Evlilik süresi		t	p
	5 yıl altında Ortalama±SS	5 yıl üstünde Ortalama±SS		
Duygusal alt boyut	64,42±23,95	60,71±19,88	1,260	0,209
Zihin beden alt boyut	68,37±22,64	65,07±26,01	1,009	0,314
İlişkisel alt boyut	84,57±20,13	74,76±19,70	3,669	0,000
Sosyal alt boyut	70,61±20,88	69,20±23,15	0,478	0,633
Tedavi çevresi alt boyut	66,12±17,89	63,25±20,21	1,121	0,263
Tedavi tolerasyon alt boyut	67,94±23,13	60,71±24,44	2,265	0,025
FertiQol toplam	70,47±15,54	65,91±15,24	2,205	0,029
Skor	Evlilik yaşı		t	p
	24 yaş altı Ortalama±SS	24 yaş üstü Ortalama±SS		
Duygusal alt boyut	62,06±21,19	63,44±23,40	-0,459	0,647
Zihin beden alt boyut	65,40±25,11	68,64±23,19	-0,986	0,325
İlişkisel alt boyut	78,23±19,07	82,13±22,08	-1,409	0,160
Sosyal alt boyut	68,60±24,63	71,69±22,60	-1,041	0,299
Tedavi çevresi alt boyut	65,12±18,30	64,30±20,03	0,316	0,752
Tedavi tolerasyon alt boyut	64,60±24,63	64,43±23,25	0,051	0,959
FertiQol toplam	67,48±15,08	69,38±16,12	-0,901	0,369
Skor	Tedavi süresi		t	p
	3 yıl altında Ortalama±SS	3 yıl üstünde Ortalama±SS		
Duygusal alt boyut	64,93±22,75	59,75±21,09	1,737	0,084
Zihin beden alt boyut	68,50±22,43	64,64±26,46	1,173	0,242
İlişkisel alt boyut	83,03±21,16	75,94±18,94	2,590	0,010
Sosyal alt boyut	72,26±19,77	66,96±24,24	1,793	0,074
Tedavi çevresi alt boyut	65,75±18,06	63,48±20,24	0,880	0,380
Tedavi tolerasyon alt boyut	67,80±23,62	60,30±23,90	2,331	0,021
FertiQol toplam	70,52±15,27	65,47±15,48	2,430	0,016
Skor	Daha önce tedavi yöntemi kullanımı		t	p
	Hayır Ortalama±SS	Evet Ortalama±SS		
Duygusal alt boyut	65,70±22,32	61,27±21,82	1,430	0,154
Zihin beden alt boyut	69,55±21,95	65,53±25,40	1,178	0,240
İlişkisel alt boyut	81,51±15,69	78,99±22,71	0,971	0,333
Sosyal alt boyut	71,31±19,84	69,46±22,92	0,600	0,549
Tedavi çevresi alt boyut	66,50±17,09	63,81±20,01	1,006	0,316
Tedavi tolerasyon alt boyut	69,31±21,41	61,80±24,99	2,242	0,026
FertiQol toplam	70,72±13,82	67,10±16,30	1,663	0,098

*Bağımsız örneklem t- testi kullanıldı.

İnfertilite nedeni ile duygusal alt boyut skoru (**p=0,004^{bd}** **p=0,010^{cd}**), sosyal alt boyut skoru (**p=0,028^{bd}**, **p=0,031^{cd}**), FertiQol toplam skoru (**p=0,026^{bd}**, **p=0,024^{cd}**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Açıklanamayan nedenli infertilitede duygusal alt

boyut skoru ortalaması (73,45±17,47) kadın kaynaklı infertilite duygusal alt boyut skoru ortalamasına (58,48±22,41) ve her iki cinsiyet kaynaklı infertilite duygusal alt boyut skoru ortalamasına (58,50±21,07) göre daha yüksek bulundu. Açıklanamayan nedenli infertilitede sosyal alt boyut skoru ortalaması (79,88±14,55) kadın kaynaklı infertilite sosyal alt boyut skoru ortalamasına (67,60±23,16) ve her iki cinsiyet kaynaklı infertilite sosyal alt boyut skoru ortalamasına (66,66±20,41) göre daha yüksekti. Açıklanamayan nedenli infertilitede aynı şekilde FertiQol toplam skoru ortalaması (75,48±11,22) kadın kaynaklı infertilite FertiQol toplam skoru ortalamasına (66,69±17,17) ve her iki cinsiyet kaynaklı infertilite FertiQol toplam skoru ortalamasına (65,82±14,94) göre daha yüksek bulundu. Tablo 13'te İnfertilite nedeni ile yaşam kalitesi alt boyut skorları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 13. İnfertilite nedeni ile yaşam kalitesi arasında ilişkisinin karşılaştırılması

İnfertilite nedeni Skor	Erkek (a) Ort.±SD	Kadın (b) Ort.±SD	Her ikisi (c) Ort.±SD	Açıklanamayan (d) Ort.±SD	F	p
Duygusal alt boyut	65,57±23,04	58,48±22,41	58,50±21,07	73,45±17,47	4,875	0,004^{bd} 0,010^{cd}
Zihin beden alt boyut	68,42±21,11	62,70±24,12	65,58±30,77	75,35±16,24	2,373	0,071
İlişkisel alt boyut	78,07±16,69	81,30±19,43	76,25±17,31	85,11±30,01	1,575	0,196
Sosyal alt boyut	70,02±23,91	67,60±23,16	66,66±20,41	79,88±14,55	3,156	0,028^{bd} 0,031^{cd}
Tedavi çevresi alt boyut	63,37±18,82	65,13±20,86	65,33±18,18	65,35±16,81	0,135	0,939
Tedavi tolerasyon alt boyut	63,4±24,32	64,14±24,69	61,00±23,80	72,85±20,89	1,869	0,136
FertiQol toplam	68,38±14,94	66,69±17,17	65,82±14,94	75,48±11,22	3,303	0,026^{bd} 0,024^{cd}

*Anova testi kullanıldı.

4.6. Yaşam kalitesi ile evlilik uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Evlilik uyumu ile duygusal alt boyut skoru (**p<0,001**), zihin beden alt boyut skoru (**p<0,001**), ilişkisel alt boyut skoru (**p<0,001**), sosyal alt boyut skoru (**p=0,002**), tedavi çevresi alt boyut skoru (**p<0,001**), tedavi tolerasyon alt boyut skoru (**<0,001**), FertiQol toplam skoru (**p<0,001**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Evlilikte uyumlu bireylerin duygusal alt boyut skoru ortalaması (66,44±21,19) evlilikte uyumsuz bireylerin duygusal alt

boyut skoru ortalamasına ($49,82 \pm 20,26$) göre daha yüksekti ($p < 0,001$). Evlilikte uyumlu bireylerin zihin beden alt boyut skoru ortalaması ($70,64 \pm 23,27$) evlilikte uyumsuz bireylerin zihin beden alt boyut skoru ortalamasına ($53,64 \pm 23,31$) göre daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Evlilikte uyumlu bireylerin ilişkisel alt boyut skoru ortalaması ($85,09 \pm 17,66$) evlilikte uyumsuz bireylerin ilişkisel alt boyut skoru ortalamasına ($61,11 \pm 19,18$) göre daha yüksek tespit edildi ($p < 0,001$). Aynı şekilde evlilikte uyumlu bireylerin FertiQol toplam skoru ortalaması ($71,80 \pm 13,80$) evlilikte uyumsuz bireylerin FertiQol toplam skoru ortalamasına ($56,05 \pm 15,31$) göre daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Tablo 14'te yaşam kalitesi alt boyut skorları ile evlilik uyumunun karşılaştırılması gösterilmektedir.

Tablo 14. Yaşam kalitesi alt boyut skorları ile evlilik uyumunun karşılaştırılması

Skor	Evlilik uyumu	Evlilikte uyumsuz Ortalama $\pm$ SS	Evlilikte uyumlu Ortalama $\pm$ SS	t	P
Duygusal alt boyut		49,82 $\pm$ 20,26	66,44 $\pm$ 21,19	-4,852	<0,001
Zihin beden alt boyut		53,64 $\pm$ 23,31	70,64 $\pm$ 23,27	-4,474	<0,001
İlişkisel alt boyut		61,11 $\pm$ 19,18	85,09 $\pm$ 17,66	-8,165	<0,001
Sosyal alt boyut		61,37 $\pm$ 20,09	72,54 $\pm$ 21,76	-3,198	0,002
Tedavi çevresi alt boyut		56,07 $\pm$ 18,53	67,17 $\pm$ 18,52	-3,672	<0,001
Tedavi tolerasyon alt boyut		53,38 $\pm$ 25,45	67,52 $\pm$ 22,73	-3,712	<0,001
FertiQol toplam		56,05 $\pm$ 15,31	71,80 $\pm$ 13,80	-6,830	<0,001

*Bağımsız örneklem t testi kullanıldı.

4.7. Yaşam kalitesi alt boyut skorları ve toplam evlilik puanı korelasyonu

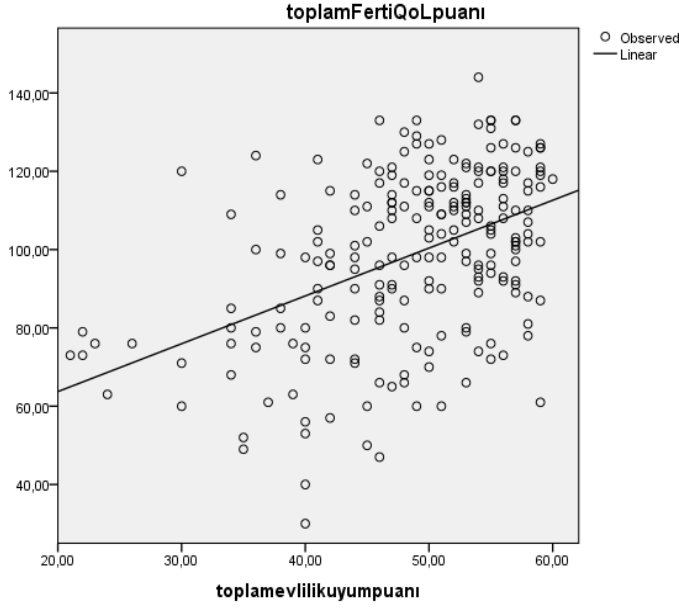
Yaşam kalitesi alt boyut skorları ve toplam evlilik puanları incelendiğinde hepsi arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Tablo 15'te ise yaşam kalitesi alt boyut skorları ile toplam evlilik puanı korelasyonu gösterilmektedir.

Tablo 15: Yaşam kalitesi alt boyut skorları ve toplam evlilik puanı korelasyonu

		1	2	3	4	5	6	7	8
1.Toplam FertiQol puanı	r	1							
	p								
2.Toplam evlilik puanı	r	0,456**	1						
	p	<0,001							
3.Duygusal alt boyut	r	0,815**	0,299**	1					
	p	<0,001	<0,001						
4.Zihin beden alt boyut	r	0,816**	0,317**	0,684**	1				
	p	<0,001	<0,001	<0,001					
5.İlişkisel alt boyut	r	0,598**	0,550**	0,346**	0,362**	1			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
6.Sosyal alt boyut	r	0,760**	0,253**	0,593**	0,554**	0,327**	1		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
7.Tedavi çevresi alt boyut	r	0,568**	0,260**	0,307**	0,303**	0,255**	0,288**	1	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
8.Tedavi tolerasyon alt boyut	r	0,652**	0,189**	0,445**	0,453**	0,203**	0,443**	0,320**	1
	p	<0,001	0,005	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	

** Korelasyon p=0,01 düzeyinde önemli

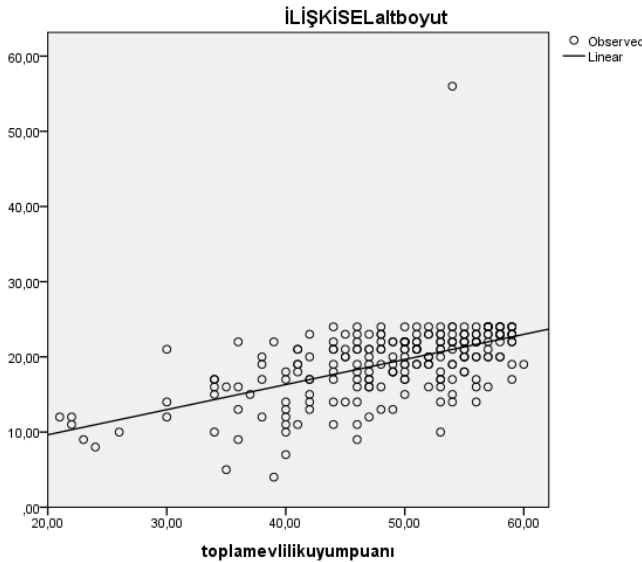
Katılanların toplam evlilik uyum puanı ile toplam FertiQol puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde pozitif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=0,456$) ($p>0,001$). Doğrusal regresyon analizi yapıldığında toplam FertiQol puanındaki yüksekliğin %20,8'i toplam evlilik puanındaki yüksekliğe atfedilmektedir ($R^2=0,208$ $p<0,001$). Şekil 1'de toplam evlilik uyum puanı ile toplam FertiQol puanı arasındaki lineer regresyon analizi gösterilmiştir.



$$R^2=0,208 \quad p<0,001$$

Şekil 1. Toplam evlilik uyum puanı ile toplam FertiQol puanı arasındaki lineer regresyon analizi

Toplam evlilik uyumu puanı ile ilişkisel alt boyut skoru arasında diğer alt grup skorlarına göre istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı korelasyon bulundu ($r=0,550$, $p<0,001$). Doğrusal regresyon analizi yapıldığında ilişkisel alt boyut skorundaki yüksekliğin %30,3'ü toplam evlilik puanındaki yüksekliğe atfedilmektedir ($R^2=0,303$, $p<0,001$). Şekil 2'de toplam evlilik uyum puanı ile ilişkisel alt boyut skoru arasındaki lineer regresyon gösterilmiştir.



$$R^2=0,303 \quad p<0,001$$

Şekil 2: Toplam evlilik uyum puanı ile ilişkisel alt boyut skoru arasındaki lineer regresyon analizi

5. TARTIŞMA

İnfertilite çiftlerin her ikisini de etkilerken bunun evlilik ilişkisine etkisi, kişisel baş etme yöntemleri, tedaviye katılan eşler arasındaki iletişime bağlı olarak değişebilmektedir. Erkek ve kadınların infertilite ile başa çıkma biçimleri evlilik uyumu ve infertilitenin evlilik üzerindeki sonuçlarını etkilemektedir. Bu çalışmada evlilik uyumu yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi de yüksek bulunmuştur. Bu durum, eşlerin birbirine desteğinin tedavi sürecini kolaylaştıracağı ve tedaviden faydanın artmasına yardımcı olabileceği olarak değerlendirilmiştir.

Genel olarak kadınların doğurganlık dönemi 15-49 yaşları arası olarak belirtilmiş olup, bunun yanı sıra her yönden en uygun çocuk doğurma yaşının 20-34 yaşları olduğu vurgulanmaktadır (Gürbüz, 2007; Enstitüsü, 2021). İnfertilite tedavisi gören çiftlerde literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olarak sunulan çalışma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun 31-35 yaş arasında dağılım gösterdiği, aynı şekilde erkeklerde de çoğunluğun 35-45 yaş aralığında dağılım gösterdiği görüldü. Evlenme yaşı ilerledikçe infertilite sürelerinin uzaması karşımıza çıkmıştır. Literatürdeki çalışmalarda fertilite hızında erkekte 40, kadında 30 yaşından sonra azalma olduğu belirtilmektedir (Amanak ve ark., 2014; Okuducu ve Yorulmaz, 2020).

Sunulan çalışmada yer alan kişilerin yaklaşık yarısının lisans üstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Literatürdeki bulgulardan bazıları bu çalışmayla benzerlik gösterirken; bazıları farklılık göstermektedir. Aarts ve ark.'nın yaptıkları çalışmada %42 yüksek eğitim düzeyine sahip olduğunu belirtmişler, Okuducu ve Yorulmaz'ın yaptığı çalışmada %70 lisans düzeyinde eğitim düzeyine sahip olduğunu bulmuşlardır (Aarts ve ark 2011; Okuducu ve Yorulmaz, 2020). Ozan ve Duman'ın yaptığı çalışmada ise katılımcıların %11,3' ü üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olmasıyla farklıdır (Ozan ve Duman,2018). Yapılan çalışmada katılımcıların yarısından fazlası ev hanımıydı. Çetinbaş'ın yaptığı çalışmada katılımcıların %68'i ev hanımıydı (Çetinbaş, 2014). Ozan ve Duman'ın yaptığı çalışmada ise katılımcıların %89,1'i çalışmamaktadır (Ozan ve Duman, 2018). Okuducu ve Yorulmaz'ın yaptığı çalışmada katılımcıların %40' ı ev hanımı olup bu çalışmayla uyumsuzdur (Okuducu ve Yorulmaz, 2020). Bu durum çalışmaların yapıldığı bölgelerin özellikleriyle alakalı olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Yapılan araştırmada katılımcıların %20,7' sinin geliri giderinden az, %59,9'unun geliri giderine eşit bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olarak geliri giderine eşit olanlar daha fazladır (Bolsoy, 2010; Şen ve ark., 2014). Cumhuriyet ve Ekerbiçer'in yaptığı

çalışmada katılımcıların %72,22'sinin kentsel bölgede yaşadığını belirtmişlerdir (Cumhur ve Ekerbiçer, 2020). Bu çalışmada da uyumlu şekilde katılımcıların %73' i kentsel bölgede yaşamaktadır. Halıcı ve Saatci'nin yaptıkları çalışmada katılımcıların üçte birinden fazlasının düzenli sigara içicisi olduğunu belirtmişlerdir (Halıcı ve Saatci, 2021). Sunulan çalışmada infertilite tedavisi gören katılımcıların %20,3'ü, eşlerinin ise %55,0'ı düzenli sigara içicisiydi. Sigara kullanımının eşlerde daha yüksek oranda görülmesi katılımcıların çoğunluğunu kadınların oluşturmasıyla alakalı olabileceği düşünüldü.

Araştırmada katılımcıların üçte ikisinden fazlası çekirdek aile olarak yaşamaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu sonuçlar bulunmuştur. Bodur ve ark.'nın çalışmasında infertilite grubunda %80,8 çift çekirdek aile olarak yaşamaktadır (Bodur ve ark.,2013).

Katılımcıların yaklaşık yarısının anlaşarak evlendiği görüldü. Çetinbaş'ın yaptığı çalışmada katılımcıların evlilik biçimleri incelendiğinde %84'ünün tanışarak evlendiği saptanmıştır (Çetinbaş, 2014). Keskin ve Gümüş'ün yaptığı çalışmada %59,4'ü tanışarak evlendiklerini bildirmişlerdir (Keskin ve Gümüş, 2014). Zeren'in çalışmasında %73,2'si tanışarak evlenmiştir. Oranların birbirinden farklı olması çalışmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel olarak farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir (Zeren, 2019).

Katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin daha önce tedavi yöntemi kullanımı vardı. Halıcı ve Saatci'nin çalışmasında %23,8'inde daha önce tedavi yöntemi kullanımı vardır (Halıcı ve Saatci, 2021). Sunulan çalışmada daha önce tedavi yöntemi kullanımı varlığının fazla olması toplumsal yapı nedeniyle daha erken tedavi başvurusu yapılmasıyla ilişkili olabilir.

Katılımcıların dörtte birinde erkek kaynaklı infertilite, üçte birinden fazlasında kadın kaynaklı infertilite, dörtte birinden azında her ikisi cinsiyet kaynaklı infertilite, yaklaşık beşte birinde bilinmeyen nedenli infertilite olduğu görülmüştür. Literatürde bunu destekleyen ve desteklemeyen çelişkili çalışmalarda mevcuttur. Pedro ve Çelik'in yaptığı çalışmada bu çalışmayla uyumlu olarak en fazla kadın nedenli en az açıklanamayan nedenli infertilite olduğu görülmüştür (Pedro ve ark, 2017; Çelik ve Kırca, 2018). Van Empel ve ark.'nın yaptığı çalışmada %37 açıklanamayan nedenli olduğu belirtilmiştir (Van Empel ve ark., 2010). Bu durum yapılan tetkiklerin ilerlemesi ve tanılarının artmasıyla açıklanabilir.

Literatür incelendiğinde infertilitenin evlilik uyumu üzerine olumlu ya da olumsuz sonuçlarını bildiren çelişkili durumlar olduğu görülmüştür. İnfertilitenin, çiftleri birbirine yakınlıktırdığı, çiftlerin evlilik ilişkileri üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmalarda çiftler arasındaki uyumu arttıran ve evlilik ilişkisinin gelişimine katkıda bulunan, infertil çiftlerin yaşadıkları stres ve hayal kırıklığı olduğu belirtilmektedir (Schmidt ve ark,

2005; Şen ve ark., 2014). Bazı çalışmalarda ise infertilitenin kendisi, diğer taraftan yardımcı üreme teknik yaklaşımları, fiziksel ve emosyonel enerjilerini tüketerek cinsel işlev bozukluğu, depresyon, kaygı ve ilişkilerinde bozulmaya neden olabilmekte, çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayabilmektedir (Çetinbaş, 2014; Keskin ve Gümüş, 2014). Erkeklerin; eşlerinin streslerini iletmesine ve başa çıkmasına ne kadar çok yardımcı olabilirlerse, evlilik uyumlarının da o kadar yüksek olacağı gösterilmiştir (Chaves ve ark., 2019).

Sunulan çalışmada yaş arttıkça, evlilik yılı, tedavi süresi arttıkça evlilikte uyumun azaldığı tespit edilmiştir. Cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, yaşadığı yer, ekonomik durum, evlilik biçimi, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu ile evlilikte uyum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde bunu destekleyen ve desteklemeyen çalışmalarda mevcuttur. Halıcı ve Şen'in yaptığı çalışmada katılımcıların çalışıyor olmaları ve daha önce infertilite nedeniyle tedavi görmüş olma durumları ile evlilikte uyumlu olmaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Şen ve ark., 2014; Halıcı ve Saatci, 2021). Bodur ve ark.'nın yaptığı çalışmada evlilik süresi, infertilite süresi ve tedavi süresi anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (Bodur ve ark., 2013). Erkek katılımcılarla yapılan bir çalışmada evlilik süresi ve eşin çalışma durumu ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış ancak erkeğin çalışıyor olması ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İnfertilite tedavisi alma durumu ile evlilikte uyumu artırdığı bulunmuş, bu durum erkeğin çocuk sahibi olacağından ve evlilikten umutlu olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Evlilik uyumu ile yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, eş eğitimi, meslek, aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Halıcı ve Saatci, 2021).

İnfertilite grubunda erkeklerin evlilik uyumunun kadınlara göre daha yüksek olduğu (Bodur ve ark., 2013), infertilite tanı ve tedavisi olan kadınların evlilik uyumunun daha çabuk bozulduğu belirtilmektedir (Çağlar ve Oskay, 2020). Suçluluk ve kızgınlık duyguları infertil kadınlarda daha yoğun şekilde yaşanmakta ve bu durum evlilik ilişkilerinin bozulması ile sonuçlanmaktadır (Çağlar ve Oskay, 2020). İnfertil kadınlarda fertil kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek anksiyete ve depresyon saptanması (Begum ve Hasan, 2014), infertil kadınlarda evlilik ilişkilerindeki bozulmayı açıklayabilmektedir. Her iki cinsiyette de gelir düzeyi arttıkça evlilikte uyum artmaktadır (Bodur ve ark., 2013; Şen ve ark., 2014; Zeren, 2019).

İnfertilitenin çiftlerin yaşam kalitesine etkisini inceleyen birçok çalışma mevcuttur, yapılan bu çalışmalar genelde birbirini destekler niteliktedir (Zeren 2019; Teskereci, 2010).

İnfertilite tanı ve tedavisinin çiftler arasında bozulmuş yaşam kalitesine yol açabildiği düşünülmektedir (Çetinbaş, 2014). Evlilik uyumunun bozulması yaşam kalitesinin bozulması anlamına gelmektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014; Zeren, 2019). Sunulan çalışmada da evlilik uyumu ile yaşam kalitesi açısından anlamlı ilişki saptanmıştır. Evliliğini uyumlu olarak değerlendiren çiftlerde yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyetler arası genel yaşam kalitesi olarak fark görülmezken duygusal alt boyut, zihin-beden alt boyut, tedavi tolerasyon alt boyut açısından kadınların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir. Zeren'in yaptığı çalışmada kadınların evlilik uyumunun ve yaşam kalitesinin infertilite tedavisi boyunca erkeklerden daha olumsuz yönde etkilendiği bulunmuş (Zeren, 2019), aynı şekilde Bolsoy'un çalışmasında kadınların yaşam kalitesinin, erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır (Bolsoy, 2010). İnfertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda da cinsiyetler arası farklılıkların olduğu belirlenmiştir. Okuducu ve Yorulmaz'ın yaptığı çalışmada kadınların duygusal alt boyut hariç yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puanları ortalamanın biraz üzerinde bulunmuştur (Okuducu ve Yorulmaz, 2020).

Sunulan çalışmada yaşadığı yer, kronik hastalık varlığı, aile yapısı, evlilik yaşı, sigara kullanımı, eşin sigara kullanımı arasında genel yaşam kalitesi ve alt boyut puanları açısından anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çetinbaş'ın çalışmasında da yaş, meslek, eğitim durumu, aile biçimi, yaşadığı yer, evlilik biçimi, aylık gelir durumu, tedavi masraflarının karşılanması, eşinin eğitim durumu, herhangi bir kronik hastalığın olup olmaması, eşinin çalışma durumunun yaşam kalitesi puanlarına etki etmediği görülmüş; farklı olarak sigara içme durumu ve evlenme yaşının yaşam kalitesi puanlarına anlamlı etkisinin olduğu saptanmıştır (Çetinbaş,2014). Karabulut ve ark.'nın çalışmasından çekirdek tipi aile yapısına sahip infertil çiftlerde duygusal alt boyut puanı yüksek bulunmuştur (Karabulut ve ark.,2013).

Bu araştırmada çalışan grupta duygusal alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Okuducu ve Yorulmaz'ın çalışmasında kadınlardan mesleği işçi ve memur olanlar; ilişkisel alt boyut ve tedavi tolerasyon alt boyuttan yüksek puan almışlardır. Eş mesleği serbest meslek olanların; duygusal alt boyut, zihin-beden alt boyut, sosyal alt boyut, ilişkisel alt boyut ve tedavi tolerasyon alt boyut puanları yüksek bulunmuştur (Okuducu ve Yorulmaz, 2020).

Sunulan araştırmadaki katılımcılar geliri giderine eşit olan infertil hastalarda özellikle zihin-beden alt boyut, sosyal alt boyut, tedavi çevresi alt boyut açısından geliri giderinden az

olan hastalara göre yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda genel olarak birbirini destekler niteliktedir. Okuducu ve Yorulmaz'ın yaptığı çalışmada geliri giderinden fazla olanların; duygusal alt boyut, ilişkisel alt boyut, zihin-beden alt boyut ve sosyal alt boyut puanları yüksek bulunmuştur (Okuducu ve Yorulmaz, 2020). Diğer bazı çalışmalarda da infertil çiftlerin gelir durumunun yaşam kalitesine anlamlı etkisi görülmemiştir (Çetinbaş, 2014; Zeren, 2019). Karabulut ve ark.'nın çalışmasında gelir durumu orta olanlarda sosyal alt boyut puanı yüksek bulunmuştur (Karabulut ve ark., 2013). Gelir giderinden az olanlarda yaşam kalitesinin düşük olması tedavi sürecinin maddi ve manevi açıdan bu bireyleri daha fazla olumsuz etkilemesi, aynı zamanda sosyal olarak daha fazla baskıya maruz kalmalarıyla ilişkili olabilir.

Araştırmada evlilik süresi 5 yıl ve altında olan ve tedavi süresi 3 yıl altında olan infertil çiftlerde genel yaşam kalitesi puanı, ilişkisel alt boyut puanı, tedavi tolerasyon alt boyut puanı yüksek bulunmuştur. Daha önce tedavi yöntemi kullanımı varlığı tedavi tolerasyonunu artırdığı görülmüştür. Literatürdeki bir çalışmada kadınların evlilik süresi 10 yıldan fazla olanların, zihin-beden alt boyut puanları yüksek bulunmuştur (Okuducu ve Yorulmaz, 2020). Özellikle ilk in vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi başarısız olan infertil kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülmüştür (Çağlar ve Satılmış, 2019). Karabulut ve ark.'nın çalışmasında 5 yıl altında tedavi gören infertil çiftlerde genel yaşam kalitesi, zihin-beden alt boyut, sosyal alt boyut ve tedavi tolerasyon alt boyut yüksek bulunmuştur (Karabulut ve ark., 2013). Çetinbaş'ın çalışmasında infertilite süresi uzadıkça yaşam kalitesi puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (Çetinbaş, 2014). Evlilik yılı arttıkça ve tedavi süresi uzadıkça yaşam kalitesinin düşmesinin tedavi motivasyonunun düşmesiyle ilişkili olabileceği düşünüldü.

Birçok çalışmada infertilite faktörünün yaşam kalitesini etkilediğini gösteren bulgular mevcuttur. Sunulan çalışmada açıklanamayan infertilite tipinde; kadın faktörlü infertilite tipine ve her ikisine ait infertilite tipine göre duygusal alt boyut puanı, sosyal alt boyut puanı ve genel yaşam kalitesi puanı yüksek bulunmuştur. Sunulan çalışmayla farklı olarak Çağlar ve Satılmış'ın yaptığı çalışmada açıklanamayan infertilite tanılı çiftlerde yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (Çağlar ve Satılmış, 2019). Zeren'in yaptığı çalışmada infertilite tipinin yalnızca toplam yaşam kalitesi puanı üzerinde etkili olduğu, ancak cinsiyetler açısından ayrı ayrı bakıldığında evlilikte uyum ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (Zeren, 2019). Tezkereci'nin çalışmasında infertilite nedeni erkekte ise kadın olumsuz etkilenmekte, kadında ise erkeğin olumsuz etkilenmekte olduğu belirtilirken, genel yaşam kalitesinin etkilenmediği saptanmıştır (Tezkereci, 2010). Kadın kaynaklı infertilitede, kadınların erkeklere göre daha fazla sosyal ve duygusal destek arayışına girdiklerini bulunmuştur (Jafarzadeh ve

ark., 2014). Açıklanamayan infertilitede çiftlerin birbirini suçlama ihtimalinin düşük olması tedaviden beklenen faydanın daha fazla olmasıyla ilişkili olabilir.

5.1. Çalışmanın kısıtlılıkları

- Tek merkezde yapılmış olması,
- Kontrol grubunun olmaması (fertil çiftler)

6. SONUÇLAR

İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada;

- Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması $31,22 \pm 6,02$ yıl, erkeklerin ise yaş ortalamasının $34,91 \pm 7,03$ yıldır.
- Katılımcıların %78,4'ü (n=174) kadın, %73'ü (n=162) şehir merkezinde yaşamaktaydı.
- Ekonomik durumları değerlendirilen katılımcıların %59,9'unun (n=133) gelir giderine eşit, %20,7'sinin (n=46) gelir giderinden azdı.
- %41,9'u (n=125) üniversite düzeyinde eğitime sahip iken, %56,3'ü (n=125) ev hanımıydı.
- Katılımcıların %59,5'inin (n=132) kronik bir hastalığı varken, %78,4'ünün (n=174) devamlı kullandığı ilaç vardı.
- %77,0'si (n=171) sigara kullanmıyordu, %55'inin (n=98) eşleri sigara kullanıyordu.
- Katılımcıların %49,1'i anlaşılarak evlenmişti, %85,6'sı (n=190) çekirdek tipi aile olarak yaşamaktaydı.
- Eşlerinin eğitim düzeyi %39,6'sında (n=88) üniversite düzeyindeydi, %45'i (n=100) tedavi masraflarını kendileri karşılıyordu.
- %25,7'si (n=57) erkek kaynaklı infertilite, %36'sı (n=80) kadın kaynaklı infertilite görülmekteydi, %64,9'unda (n=144) daha önce tedavi yöntemi kullanımı mevcut idi.
- Katılımcılar %69,4'ü (n=154) aileden destek almaktaydı.
- Katılımcıların yaş ortalaması az olanların evlilikte uyum yüksekti, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.
- Katılımcıların evlilik yılı arttıkça evlilik uyumu azalmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

- Evlilik uyumu ile cinsiyet, eğitim, meslek, çalışma durumu, yaşadığı yer, ekonomik durum, evlilik biçimi, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır.
- Katılımcıların evlilik uyumu ile infertilite öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Cinsiyet ile FertiQol yaşam kalitesi skoru ve alt boyut skorları incelendiğinde, erkek cinsiyette duygusal alt boyut skoru, zihinsel alt boyut skoru, tedavi tolerasyon alt boyut skoru daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışma durumu ile FertiQol yaşam kalitesi skoru ve alt boyut skorları incelendiğinde, çalışan grupta duygusal alt boyut skoru daha yüksek bulunmuştur.
- Yaşam kalitesi toplam skoru ve alt boyut skorları ile yaşadığı yer, hastalık, aile biçimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
- Ekonomik durum ile FertiQol yaşam kalitesi skoru ve alt boyut skorları incelendiğinde, zihin-beden alt boyut skoru, tedavi çevresi alt boyut skoru, FertiQol toplam skoru; gelir giderinden az olanlara göre gelir giderine eşit olanlarda daha yüksek bulunmuştur, sosyal alt boyut skoru gelir giderine eşit olanlarda daha yüksek bulunmuştur.
- Evlilik süresi ve tedavi süresi ile FertiQol yaşam kalitesi skoru ve alt boyut skorları incelendiğinde, evlilik süresi 5 yıl altında olan ve tedavi süresi 3 yıl altında olan çiftlerde ilişki alt boyut skoru, tedavi tolerasyon alt boyut skoru, FertiQol toplam skoru daha yüksek bulunmuştur.
- Daha önce tedavi yöntemi kullanımı ile FertiQol yaşam kalitesi skoru ve alt boyut skorları incelendiğinde, daha önce tedavi yöntemi kullanımı olmayan hastalarda tedavi tolerasyon alt boyut skoru daha yüksek bulunmuştur.
- İnfertilite nedenine göre FertiQol yaşam kalitesi skoru ve alt boyut skorları incelendiğinde, açıklanamayan nedenli infertilitede kadın kaynaklı infertiliteye ve her iki cinsiyet kaynaklı infertiliteye göre duygusal alt boyut skoru, sosyal alt boyut skoru, FertiQol toplam skoru daha yüksek bulunmuştur.
- Evlilik uyumu ile FertiQol yaşam kalitesi toplam puanı ve alt boyut puanları incelendiğinde evlilik uyumu arttıkça FertiQol yaşam kalitesi skoru ve alt boyut skorları anlamlı yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların toplam evlilik uyum skoru ile toplam FertiQol skoru arasındaki korelasyon incelendiğinde pozitif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı.

- Toplam evlilik uyumu puanı ile ilişkisel alt boyut skoru arasında diğer alt grup skorlarına göre istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı korelasyon bulundu.

7. ÖNERİLER

- İnfertilite tedavisi alan kişilere özellikle kadınlara tedavi sırasında psikolojik danışmanlık ve destek verilmesi,
- Çiftlerin birbirine desteğinin önemi anlatılmalı,
- İnfertil çiftlere yönelik psikolojik danışmanlık merkezlerinin kurulması,
- İnfertilite tedavi masraflarının karşılanmasında devlet desteğinin artırılarak, geliri giderinden az olan hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlanabilir,
- Tedavi sürecinde ve sonrasında yaşam kalitesini arttıran faaliyetleri içeren daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

1. Aarts J, Van Empel I, Boivin J, Nelen W, Kremer J, Verhaak C. J. Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQol. Hum Reprod. 2011;26(5):1112-8
2. Adıgüzel F. I, Adıgüzel C, Seyfettinoğlu S, Ürünsak İ. F. Açıklanamayan infertilite etiyojijisinde olası risk faktörü olarak herediter trombofilinin yeri, Bakırköy Tıp Dergisi. 2015;11(4):162-6.
3. Akdeniz F., Gönül AS. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004;Ek 2:70-74.
4. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. DEÜ Rektörlük Basimevi, 2001.
5. Algül Ö, Aksu H. İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2014;24(3):171-178.
6. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014;13(4):345-50
7. Anderson K, Nisenblat V, Norman R. Lifestyle factors in people seeking infertility treatment—a review. Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology. 2010;50(1):8-20.

8. Balat Ö, Kökçü A, Çokşenim Ş, Üstün C. Klomifen sitrat ile indüklenen siklularda eksojen östrojen kullanımının folliküler ve luteal faz fonksiyonları üzerine etkisi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 1997;4(1):84- 8.
9. Begum B.N, Hasan S. Psychological problems among women with infertility problem: a comparative study. J Pak Med Assoc. 2014;64(11):1287-91.
10. Bodur N. E., Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;38(1):51-62.
11. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQol) tool: development and general psychometric properties. Fertility and Sterility. 2011;26(8):2084-91.
12. Bolsoy N, Taşpınar A, Kavlak O, Şirin A. Differences in quality of life between infertile women and men in Turkey. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010;39(2):191-8.
13. Chaves C., Canavarro M. C. ve Moura-Ramos M. The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. Family process. 2019;58(2):509-23.
14. Cousineau T. M., Domar A. D. Psychological impact of infertility. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2007;21(2):293-308.
15. Cui W. J. Mother or nothing: the agony of infertility. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(12):881.
16. Çağlar M, Oskay Ü. Y. İnfertilite ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri. JAREN 2020;6(1):157-62
17. Çağlar M, satılmış i.g. İnfertilite ve yaşam kalitesi: Sistematiik derleme. Androl Bul. 2019;21:170-176.
18. Çavuşoğlu İ, Kizilkaya-Beji N. Assessment of Quality of Life and Depression Status of Women Who Got Pregnant After Infertility Treatment. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 2016;2(3):77-84.
19. Çelik A. S. ve Kırca N. İnfertil Kadınların Uyguladıkları Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018;21(3):178-88.
20. Çetinbaş A, Dağdeviren H. N, Öztora S, Çaylan A, Sezer Ö. Doğurganlık sorunu yaşayan kişiler için hayat kalitesi ölçeği'nin Türkçe versiyonunun iç güvenilirlik analizi. Euras J Fam Med. 2014;3(2):105-10.

21. Çetişli N, Ören E.D, Kaba F. İnfertil Çiftlerde Çift Uyumu ve Umutsuzluk. ACU Sağlık Bil Derg. 2019;10(3):422-426.
22. Demirel A, Güven S, Gürgan T. İnfertilitede Tubo-Peritoneal Faktör, Journal of Turgut Ozal Medical Center, 2010;13(3):199-202.
23. Demirtaş G, Demirtaş Ö, Öztekin K, Şendağ F, Bilgin O. Antimüllerian Hormon ve İntrauterin İnseminasyon Sikluslarında Ovarian Yanıt: Prospektif Çalışma. Kocatepe Medical Journal 2014;15(2):85-91
24. Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Direkvand-Moghadam A. Effect of infertility on the quality of life, a cross-sectional study. Journal of clinical and diagnostic research. 2014;8(10):OC13-5.
25. Dohle G, Weidner W, Jungwirth A, Colpi G, Papp G, Pomerol J, Hargreave T. EAU Infertilite Kilavuzu. İstanbul 1992:8.
26. For Women's, N. C. C. and Children's Health. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. 2013:133.
27. Gnoth C, Godehardt D, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Freundl G. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. Hum Reprod. 2003;18(9):1959-66.
28. Gorayeb R, Borsari A. C, Rosa-e-Silva A. C. J. ve Ferriani R. Brief cognitive behavioral intervention in groups in a Brazilian assisted reproduction program. Behav Med. 2012;38(2):29-35.
29. Gore A.C, Chappell V.A, Fenton S.E, Flaws J.A, Nadal A, Prins G.S, Toppari J, Zoeller R.T. EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. Endocr Rev. 2015;36(6):E1-E150.
30. Güleç G, Hassa H, Yalçın E. G, Yenilmez Ç. Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Turk Psikiyatri Dergisi. 2011;22 (3):166-76.
31. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2019:54-8.
32. Halıcı E. C, Saatci E. İnfertilite Tedavisi için Başvuran Çiftlerde Erkeğin Eşine Gösterdiği Şiddet ve Evliliğe Uyum Düzeyi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(1):21-27.
33. Hawkins L, Correia K, Srouji S, Hornstein M, Missmer S. Uterine length and fertility outcomes: a cohort study in the IVF population. Hum Reprod. 2013;28(11):3000-6.
34. Hur C, Rehmer J, Flyckt R, Falcone T. Uterine factor infertility: a clinical review. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2019;62(2):257-70.

35. Jafarzadeh F, Golzari M, Jomehri F, Poursamar S. L, Sahraian K, Poursamar S. The comparison of coping strategies with stress and marital satisfaction in women on the basis of infertility factor, *Women's Health Bull.* 2015;2(2):e25227.
36. Kahyaoğlu S, Gülerman H. C, Özakşit M. G, Yılmaz N, Seçkin B, Erdiñç A. S. Ö, Taşçi Y, Yeşilyurt H, Yumuşak Ö. H, Üstün Y. E. İnfertil Hastalarda Değerlendirme Ve Yönetim: Bir Derleme Makalesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.* 2017;14(3):138-45.
37. Karabulut A, Özkan S, Oğuz N. J. Predictors of fertility quality of life (FertiQol) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2013;170 (1):193-97.
38. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2012;3(2):80-5.
39. Keskin G, Gümüş A. İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2014;5(1):9-16
40. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar.* 2013;5(2):162-78.
41. Kublay D, Oktan V. Evlilik uyumu: Değer tercihleri ve öznel mutluluk açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* 2015;5(44):25-35.
42. Lalos A, Lalos O, Jacobsson L, von Schoultz B. Psychological reactions to the medical investigation and surgical treatment of infertility. *Gynecologic and Obstetric Investigation.* 1985;20(4):209-17.
43. Locke H. J, Wallace. K. M. Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage & Family Living.* 1959;21(3):251-5.
44. Mutlu M. F, Baştu E, Öktem M. Açıklanamayan infertiliteye güncel bakış. *Gazi Medical Journal.* 2013;24 (1);29-32.
45. Neelofar S, Tazeen S.A. Psycho-social consequences of secondary infertility in Karachi. *JPMMA.* 2006; 56(1):19-22.
46. Okuducu N, Yorulmaz H. İnfertilite Tanısı Konmuş Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *İKSSTD* 2020;12(1):13-20.
47. Organization, W. H., 2018, International Classification of Diseases 11th Revision 11th Revision (ICD-11), Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

48. Yeşiltepe Oskay Ü, Onat Bayram G, Dişsiz M. İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri. Kızılkaya Beji N. editor. İnfertilite hemşireliği. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş. 2009:177-96.
49. Ozan Y. D. Tedavi Sonucu Başarısız Olan İnfertil Kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16(3):190-8.
50. Ozan, Y. D, Duman, M. İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilitate Uyumları ile Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2018;15(2):43-6.
51. Pedro J, Sobral M. P, Mesquita-Guimarães J, Leal C, Costa M. E, Martins M. V. Couples' discontinuation of fertility treatments: a longitudinal study on demographic, biomedical, and psychosocial risk factors. J Assist Reprod Genet. 2017;34(2):217-24.
52. Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. Does infertility cause marital benefit?: An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. Patient Education and Counseling. 2005;59(3):244-51.
53. Serdaroğulları M. Causes of Male Infertility. Experimed. 2020;10(3):144-7.
54. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü/Psychiatric Aspects of Infertility. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(2):165-85
55. Şahin N, Bilgiç D, Demirgöz M. Doğurganlığı Etkileyen Faktörler, İnfertilite Hemşireliği. Acar Basım. İstanbul. 2009;11-32.
56. Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer infertil çiftlerde eşlerarası uyumun incelenmesi. F.N. Hem. Derg. 2014;22(1):17-24.
57. Şimşek, S. Sociocultural effects of infertility. Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal. 2017;12(55):699.
58. Tanoğlu, E. G, Tülay, İ. İnfertil Hastalarda Demografik Ve Laboratuvar Profilin Oosit Parametreleri Ve İn Vitro Fertilizasyon Başarısı Üzerine Etkileri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2020;51(2):59-63.
59. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte uyum ölçeğinin (EUÖ) güvenirlik ve geçerlik çalışması. Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi. 1999;7(1):50-7.
60. Tüzer v, tuncel a, göka s, doğan bulut s, yüksel f.v, atan a, göka e. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. Turk J Med Sci. 2010; 40(2):229-237.

61. Van Empel I. W, Aarts J. W, Cohlen B. J, Huppelschoten D. A, Laven J. S, Nelen W. L, Kremer J. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Human Reproduction*. 2010;25(10):2516-26.
62. Yıldırım G, Fıçıcıoğlu C, Attar R, Karateke A. İnfertilite tedavileri öncesi uterin kavite değerlendirilmesinde transvajinal ultrasonografi ve ofis histeroskopinin karşılaştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009;40(4):167-71.
63. Yılmaz, A. Eşler arasındaki uyum: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2001; 4(4): -.
64. Yılmaz F. Sperm değerlendirme testleri; dünden bugüne. *J Health Sci Med*. 2020; 3(1): 71-6
65. Yumru A. E, Öndeş B. İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi. *JAREM*. 2011;1(2):57-60.
66. Zeren F., Gürsoy E. İnfertil Çiftlerde Çift Uyum ve Yaşam Kalitesinin Önemi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 2019;16(1):68-72

9. EKLER

EK-1 HASTALARIN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR (RIZA) FORMU

Sayın:

Tarih:

İnfertilite, 35 yaş altında bir yıl, 35-40 yaş arası altı ay ve 40 yaş üstünde 6 aydan daha kısa sürede herhangi bir korunma yöntemi kullanılmamasına ve düzenli cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır. İnfertilite, eşlerin her ikisi için genellikle psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle tanı-tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle fiziksel olarak acı veren karmaşık bir durumdur. Erkek ve kadınların infertilite ile başa çıkma biçimlerinin de evlilik uyumu ve infertilitenin evlilik üzerindeki sonuçlarını etkilediği söylenmektedir. Klinikler arası iş birliği ile çiftlerin stres düzeylerinin ve psikososyal sorunlarının ele alınıp uygun müdahaleler geliştirilmesi çiftlerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, bu süreci daha sağlıklı atlatmaları, tedavi ekibi ve hastalar için boşa harcanan zamanın azaltılması ve tedavi başarılarının artması sağlanabilir. Bu araştırmada infertil çiftlerde evlilik uyumunu ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır.

Bilgi için Arş. Gör. Dr Sevilay Salur ile görüşebilirsiniz.

Çalışmaya katılmayı, başta veya çalışmanın seyri sırasında herhangi bir zamanda reddedebilirsiniz. Aynı zamanda çalışmacı da sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışma esnasında yapılacak olan harcamalar için hiçbir şekilde sizin sağlık güvencenizden faydalanılmayacaktır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı imzalamanız gerekmektedir. Yukarıdaki gönüllü araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon:

Araştırma Yapan Araştırmacının;

Adı Soyadı: Arş. Gör. Dr. Sevilay Salur

Tel: 03322236867

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1.Anket no:

2.Yaş:

3.Cinsiyet:1. Kadın 2. Erkek

4.Boy:

5. Kilo:

6.Eğitim Düzeyi:1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3. ortaokul 4. lise 5.Üniversite

7.Meslek: 1. İşçi 2. Memur 3. Esnaf 4. Ev hanımı 5. Emekli 6. Öğrenci

8.Çalışma durumu:1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

9.Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer:

1. Köy-Kasaba-İlçe 2. İl

10.Ekonomik durum:

1.Geliri giderinden az 2. Geliri giderine eşit 3. Geliri giderinden fazla

11.Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

1. Hayır 2. Evet (lütfen belirtiniz.....)

12.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

1. Hayır 2. Evet (günde kaç adet ilaç alıyorsunuz lütfen belirtiniz.....)

13.Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet (günde kaç tane?, kaç yıldır içiyor?.....) 3. Bıraktım

14.Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet (günde kadeh)

15.Aile biçiminiz:

1. Çekirdek 2. Geniş aile

16. Evlenme yaşı:

17.Evlilik biçiminiz:

1. Görücü usulü-istemedi 2. Görücü usulü-isteyerek 3. Tanışarak

18. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite

19. Eşiniz çalışıyor mu? Çalışıyorsa mesleği nedir?

1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor (Belirtiniz).....

20. Tedavi masraflarını kim karşılıyor?

1. Kendisi
2. Sosyal güvencesi
3. Bir kısmı kendi-bir kısmı sosyal güvencesi
4. Ailesi ve yakınları destek oluyor

(21. soruyu Bayansa Cevaplayacak)

21. Düzenli adet görüyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet (kaç günde görüyorsunuz?.....)

22. İnfertiliteniz kaç yıldır mevcut?

1. 1-2 yıl 2. 3-5 yıl 3. 6-10 yıl 4. 11 ve üstü

23. İnfertilite sebebi biliniyor mu?

1. Hayır 2. Evet.....

24. Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?

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

25. Eşle infertilite tanısı var mı?

1. Yok 2. Var

26. Daha önce tedavi yöntemi kullanımı var mı?

1. Yok 2. Var

EK 3. EVLİLİKTE UYUM ÖLÇEĞİ

1.Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğinize 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 temsil etmektedir.

0 1 2 3 4 5 6

Çok

Çok

Mutsuz

Mutlu

Mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini ölçekteki sayılardan birini seçerek ifadenin yanındaki boşluğa yazınız. Ütfen her maddeyi dikkate alınız.

5 4 3 2 1 0

Her zaman Hemen her Ara sıra Sıklıkla Hemen her Her zaman

Anlaşırız zaman anlaşırız anlaşamayız anlaşamayız zaman anlaşamayız anlaşamayız

2) Aile bütçesini idare etme	5	4	3	2	1	0
3) Boş zaman etkinlikleri	5	4	3	2	1	0
4) Duyguların ifadesi	5	4	3	2	1	0
5) Arkadaşlar	5	4	3	2	1	0
6) Cinsel ilişkiler	5	4	3	2	1	0
7) Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya yerinde davranış)	5	4	3	2	1	0
8) Yaşam felsefesi	5	4	3	2	1	0
9) Eşin akrabalarıyla ilişki biçimi	5	4	3	2	1	0

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabı seçiniz ve cevabın başındaki parantezin içine x işareti koyunuz.

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
- ☐ hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda genelde aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- ☐ dışarda 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 evlenmezsiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- ☐ hemen hemen hiçbir zaman
- ☐ nadiren
- ☐ çoğu konularda
- ☐ her konuda

EK 4. DOĞURGANLIK SORUNU YAŞAYAN KİŞİLER İÇİN HAYAT KALİTESİ ÖLÇEĞİ (2008) (FERTILITY QUALITY OF LIFE) (FERTIQOL)

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

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Çok kötü	kötü	Ne iyi ne kötü	İyi	Çok iyi
A	Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?					
	Her sor için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Ne memnunum , ne memnun değilim	Memnunuzum	Çok memnunuzum
B	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?					
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Tamamen	Epeyce	Ortalama	Biraz	Hiç
Q1	Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?					
Q2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştiremediğinizi düşünüyor musunuz?					
Q3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?					
Q4	Doğurganlık sorunlarınızla baş edebileceğinizi hissediyor musunuz?					
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Ne memnunum ne memnun değilim	memnunuzum	Çok memnunuzum
Q5	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?					

*Q6	Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?					
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadir	Hiçbir zaman
Q7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?					
Q8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?					
Q9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?					
Q10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?					
*Q11	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?					
Q12	Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?					
Q13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?					
Q14	Aileniz, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?					
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	Hiç
Q15	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?					
Q16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?					
Q17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?					
Q18	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?					

*Q19	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?					
*Q20	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?					
*Q21	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?					
Q22	Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?					
Q23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkeliendiriyor mu?					
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?					

İsteğe bağlı Tedavi Modülü

Doğurganlık tedavisine (her türlü tıbbi muayene veya müdahale dahil olmak üzere) başladınız mı? Başladıysanız lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir.

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	çoğu zaman	bazen	nadiren	hiçbir zaman
T1	Kısırlık tedavisi ruh hâlinizi olumsuz etkiliyor mu?					
T2	İstedığınız tedavi hizmetleri size sağlanıyor mu?					
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
T3	Doğurganlık sorunlarıyla ilgili tedavinizdeki işlemler ve/veya ilaçları kullanmak karmaşık geliyor mu?					

T4	Tedavinin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesinden rahatsız mısınız?					
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığınızı anladığımı hissediyor musunuz?					
T6	Doğurganlık ilaçlarının ve tedavinin fiziksel yan etkileri sizi rahatsız ediyor mu?					
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Hiç memnun Değilim	memnun değilim	ne memnunum , ne memnun değilim	memnunu m	çok memnunu m
T7	Duygusal ihtiyaçlarınızla ilgili olarak sağlanan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliğinden memnun musunuz?					
T8	Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?					
T9	Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?					
T10	Tedavi ekibi ile iletişiminizden memnun musunuz?					