



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI

**İNFERTİL KADIN HASTALARIN YAŞADIğI
ZORLUKLAR İLE AİLE İŞLEVSELLİğİ VE YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Merve Nur KUTLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2023



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**İNFERTİL KADIN HASTALARIN YAŞADIĞI
ZORLUKLAR İLE AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Merve Nur KUTLU

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kenan TOPAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiğim, tez sürecimde bilgisinden ve tecrübelerinden fayda gördüğüm kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Kenan TOPAL'a,

Tez sürecimde bana destek olup yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Oğuz YÜCEL'e,

Uzmanlık eğitimi sürecinde sahip olduğu bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen ve her zaman öğrencilerine aktarma çabasında olan hocam Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA'ya,

Hekimlik mesleğine verdiği kıymet ve özen ile bizlere örnek olan, akademik ve bilimsel bakış açısı ile ufkumuzu genişleten Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a ve Uzm. Dr. Merthan TUNAY'a,

Uzmanlık eğitimimizin tanışmamıza vesile olduğu, desteklerini her zaman hissettiğim kıymetli bölüm ve nöbet arkadaşlarım Dr. Özge CAMCIOĞLU'na, Dr. Başak NAZİK'e, Dr. Hüma TEPEOĞLU'na, Dr. Zübeyde Burcu ALPTEKİN'e ve tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her daim arkamda duran, beni bugünlere getiren canlarım annem Ayşe AKILEVİ'ye ve babam Hayri AKILEVİ'ye; üzerimde büyük emekleri olan canım abim Emrah AKILEVİ'ye ve eşi Meral AKILEVİ'ye; en büyük enerji kaynaklarım olan yeğenlerim Ayşe Rüya AKILEVİ'ye ve Mustafa Alper AKILEVİ'ye; ikinci ailem Emine KUTLU'ya ve Mustafa KUTLU'ya,

Her zaman sevgisi, ilgisi ve sonsuz desteği ile yanımda olan sevgili eşim, yol arkadaşım Mehmet Emin KUTLU'ya,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Merve Nur KUTLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	V
KISALTMALAR LİSTESİ.....	IX
ÖZET.....	XI
ABSTRACT.....	XIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İNFERTİLİTE.....	3
2.1.2. Tanım	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	3
2.1.4. Etiyoloji.....	4
2.1.4.1. Kadın infertilitesi nedenleri.....	4
2.1.4.1.1. Ovulatuvar disfonksiyon	4
2.1.4.1.2. Ovaryan yetmezlik	5
2.1.4.1.3. Endometriozis ve pelvik adezyon	5
2.1.4.1.4. Tubal patolojiler	6
2.1.4.1.5. Uterin patolojiler	6
2.1.4.1.6. Servikal patolojiler	7
2.1.4.2. Erkek infertilitesi nedenleri.....	7
2.1.4.2.1. Pretestiküler nedenler (hipotalamik-hipofizer kaynaklı)	7
2.1.4.2.2. Testiküler nedenler	7
2.1.4.2.3. Posttestiküler nedenler	7
2.1.4.3. Açıklanamayan infertilite.....	8
2.1.5. İnfertilitenin Değerlendirilmesi.....	8
2.1.5.1. Kadına yönelik tanı testleri	11
2.1.5.1.1. Ovulasyon fonksiyon testleri.....	11
2.1.5.1.2. Over rezervi testleri.....	11
2.1.5.1.3. Tubal değerlendirme	13
2.1.5.1.4. Uterin kavitenin değerlendirilmesi.....	13

2.1.5.2. Erkeğe yönelik tanı testleri.....	14
2.1.5.2.1. Semen analizi	14
2.1.5.2.2. Hormonal değerlendirme	14
2.1.5.2.3. Ultrasonografi (USG).....	14
2.1.5.2.4. Özel semen ve sperm testleri.....	15
2.1.6. İnfertilitenin Tedavisi.....	15
2.1.6.1. IUI (İntrauterin İnseminasyon)	15
2.1.6.2. IVF-ET (In Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi) ve ICSI (İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu)	16
2.1.6.2.1. Kontrollü ovaryan hiperstimülasyon.....	16
2.1.6.2.2. Luteal fazın desteklenmesi	17
2.1.6.2.3. Monitörizasyon	17
2.1.6.2.4. Oosit toplanması.....	17
2.1.6.2.5. Gamet hazırlanması ve kültürü	17
2.1.6.2.6. Embriyo transferi	18
2.1.6.2.7. Preimplantasyon genetik tanı (PGT).....	18
2.1.6.2.8. Kriyoprezervasyon	18
2.2. YAŞAM KALİTESİ	19
2.3. AİLE İŞLEVSELLİĞİ	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
3.1. VERİ TOPLAMA FORMU	23
3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	24
3.2.1. Doğurganlık Sorunu Envanteri (DSE)	24
3.2.2. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) (FertiQol)	25
3.2.3. Aile APGAR Ölçeği.....	26
3.2.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	27
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	104
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	116
6.1. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI ve KISITLILIKLARI	116

7. KAYNAKLAR	117
8. EKLER.....	130
EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU.....	130
EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	140



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. DSÖ 2021 sperm analiz parametreleri	14
Tablo 2. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri	28
Tablo 3. Katılımcıların infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verileri-1	29
Tablo 4. Katılımcıların infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verileri-2	29
Tablo 5. Katılımcıların infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verileri.....	30
Tablo 6. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verileri.....	30
Tablo 7. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verileri.....	31
Tablo 8. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verileri.....	32
Tablo 9. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanları	32
Tablo 10. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanına göre sınıflandırılması.....	32
Tablo 11. Katılımcıların yaşam kalitesi ile ilgili bazı verileri	33
Tablo 12. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanları.....	33
Tablo 13. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanına göre sınıflandırılması	33
Tablo 14. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	34
Tablo 15. Katılımcıların infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	34
Tablo 16. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması	35
Tablo 17. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	35
Tablo 18. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması	37
Tablo 19. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	38
Tablo 20. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	39
Tablo 21. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	39
Tablo 22. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	41
Tablo 23. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması.....	41
Tablo 24. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	44
Tablo 25. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	44
Tablo 26. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	47
Tablo 27. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması.....	47
Tablo 28. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması.....	47

Tablo 29. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması	48
Tablo 30. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması	48
Tablo 31. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması.....	49
Tablo 32. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması.....	50
Tablo 33. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması	51
Tablo 34. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği toplam puanının çalışma durumuna göre karşılaştırılması	51
Tablo 35. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması	52
Tablo 36. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	52
Tablo 37. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	52
Tablo 38. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması	54
Tablo 39. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması.....	55
Tablo 40. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	56
Tablo 41. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması.....	56
Tablo 42. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	58
Tablo 43. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması.....	58
Tablo 44. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması	61
Tablo 45. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması.....	61
Tablo 46. Katılımcıların aile APGAR ölçeği ortalama puanının gelir durumuna göre karşılaştırılması	63
Tablo 47. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması.....	63
Tablo 48. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin aile yapısına göre karşılaştırılması	64
Tablo 49. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin aile yapısına göre karşılaştırılması	64
Tablo 50. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin aile yapısına göre karşılaştırılması	65
Tablo 51. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin aile yapısına göre karşılaştırılması	66
Tablo 52. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının aile yapısına göre karşılaştırılması	66
Tablo 53. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının aile yapısına göre karşılaştırılması	67
Tablo 54. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının aile yapısına göre karşılaştırılması	68

Tablo 55. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılması	68
Tablo 56. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılması.....	69
Tablo 57. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılması	70
Tablo 58. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılması	70
Tablo 59. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının evlilik biçimine göre karşılaştırılması.....	71
Tablo 60. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının evlilik biçimine göre karşılaştırılması	72
Tablo 61. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının evlilik biçimine göre karşılaştırılması	73
Tablo 62. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması	73
Tablo 63. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması	74
Tablo 64. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması.....	75
Tablo 65. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması	75
Tablo 66. Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri ortalama puanlarının geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması	76
Tablo 67. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması.....	77
Tablo 68. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması	77
Tablo 69. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması	78
Tablo 70. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması	79
Tablo 71. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması	80
Tablo 72. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması	81
Tablo 73. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması	82
Tablo 74. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması	83
Tablo 75. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması	84
Tablo 76. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması	84
Tablo 77. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması.....	86
Tablo 78. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması.....	87
Tablo 79. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği sınıfının Doğurganlık Sorunu Envanteri ortalama puanına göre karşılaştırılması.....	88

Tablo 80. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması.....	89
Tablo 81. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşadıkları zorluklarla ilgili verilerinin sosyodemografik veriler ile korelasyonu	90
Tablo 82. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin sosyodemografik veriler ile korelasyonu	91
Tablo 83. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteğiyle ilgili verilerinin sosyodemografik veriler ile korelasyonu	92
Tablo 84. Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyut ve toplam ortalama puanlarının sosyodemografik veriler ile korelasyonu	93
Tablo 85. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ve yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının sosyodemografik veriler ile korelasyonu.....	94
Tablo 86. Katılımcıların DSE alt boyut ve toplam ortalama puanları, Aile APGAR ölçeği ve FERTİQOL alt boyut ve toplam ortalama puanlarının korelasyonu	96



KISALTMALAR LİSTESİ

AFC	: Antral Folikül Sayımı
AMH	: Anti Müllerian Hormon
Anti Hbs	: Hepatit B Yüzey Antikoru
Anti HCV	: Hepatit C Antikoru
Anti HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüs Antikoru
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E2	: Östradiol
FertiQol	: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
GIFT	: Gametlerin İntrafallopian Transferi
GnRH	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
GSP	: Global Stres Puanı
HbsAg	: Hepatit B Yüzey Antijeni
HCG	: İnsan Koryonik Gonadotropin
HMG	: İnsan Menapozal Gonadotropin
HSG	: Histerosalpingografi
ICSI	: İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
Ig	: İmmunglobulin
IUI	: İtrauterin İnseminasyon
IVF	: In Vitro Fertilizasyon
IVF-ET	: In Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi
KOH	: Kontrollü Ovaryan Hiperstimülasyon
LH	: Lüteinize Edici Hormon
OAT	: Oligoastenoteratozoospermi
OHSS	: Ovaryan Hiperstimülasyon Sendromu
OPU	: Oosit Toplanması (Oocyte Pick Up)
PCOS	: Polikistik Over Sendromu
PGT	: Preimplantasyon Genetik Tanı
PID	: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
SHBG	: Seks Hormonu Bağlayıcı Globulin

SİS	: Salin İnfüzyon Sonohisterografi
TESA	: Testiküler Sperm Aspirasyonu
TESE	: Testiküler Sperm Ekstraksiyonu
TSH	: Tiroid Stimüle Edici Hormon
TVUSG	: Transvajinal Ultrasonografi
USG	: Ultrasonografi
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
ZIFT	: Zigotların İntrafallopian Transferi



ÖZET

İnfertil Kadın Hastaların Yaşadığı Zorluklar ile Aile İşlevselliği ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Amaç: Üreme ve soyun devamını sağlama canlıların en önemli içgüdülerinden biridir. Ülkemizde ve Dünya’da sıklığı gittikçe artan infertilite; fiziksel, sosyal, ekonomik, ruhsal sorunları beraberinde getiren yaşamsal bir krizdir. İnfertilite sorunu yaşayan çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa çıkmaktadır. Aile işlevselliği bu sürecin sağlıklı olması ve zorlukların aşılması açısından önemlidir. Yaşanılan zorluklar ve aile işlevselliğinin bozulması yaşam kalitesini de etkileyecektir. Bu çalışmanın amacı infertil kadınların yaşadığı zorluklar ile aile işlevselliği ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu tez çalışması kesitsel tipte olup Adana Rotary Gürselpaşa 1 No’lu Aile Sağlığı Merkezi, Adana İsmetpaşa Aile Sağlığı Merkezi, Adana Köprülü Kışla Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı tespit edilen ve ayrıca 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine çocuk istemiyle başvuran 122 infertil kadın hasta ile yürütüldü. Araştırmamızda veri toplama formu ile sosyodemografik veriler, infertilite ve evliliğe ilişkin veriler, çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili veriler, eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili veriler, aile ve arkadaş desteği ile ilgili veriler sorgulandı. Doğurganlık Sorunu Envanteri (DSE), Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol) ve Aile APGAR Ölçeği kullanıldı. Veriler SPSS 26.0 programında analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 32,88±5,78 yıl idi. Çalışmaya katılanların %46,7’ si orta eğitim seviyesinde, %43,4’ü düşük gelir düzeyinde idi ve %63,9’u çalışmıyordu. Katılımcıların %87,7’si çekirdek aile yapısına sahip olup; %52,5’i görücü usulü evlenmiş idi. Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı 154,33±56,26; FertiQol çekirdek bölüm ortalama puanı 59,43±19,95; Aile Apgar ölçeği ortalama puanı 6,52±2,98 saptanmıştır. Yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı azalmakta ($p<0,001$); FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı artmaktadır ($p<0,001$). Yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı artmaktadır (sırasıyla $p=0,016$; $p<0,001$; $p<0,001$). Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı arttıkça FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı azalmaktadır ($p<0,001$). Aile APGAR ölçeği toplam puanı arttıkça; FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı artmaktadır ($p<0,001$).

Sonuç: İnfertil kadın hastalar fiziksel, ekonomik ve sosyal yönlerden olduğu kadar sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yönünden de olumsuz etkilenir. Bu çalışma ile infertil kadın hastalarda yaşam kalitesinin aile işlevselliği ile pozitif yönde, infertilite kaynaklı stres ile negatif yönde ilişkili olduğu ve infertilite kaynaklı stres ile aile işlevselliği arasında ise negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edildi. Çocuk sahibi

olma g ile ilgili en çok bütçe etkileme durumu, geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeniyle rahatsız hissetme durumu ve baskı altında hissetme durumu nedeniyle zorluk yaşandığı ve yaşanan zorlukların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu sonucuna ulaşıldı. Aile hekimlerinin ocuk sahibi olma g nedeniyle yaşanılan zorlukları bütüncül bakım ilkesi çerçevesinde değerlendirmeleri çok önemlidir. İnfertil kadın hastaların ruhsal ve bedensel sağlık ile ilgili risklerinin farkında olunması ve toplum tarafından sosyal yönden desteklenmeleri gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: İnfertilite, yaşam kalitesi, aile işlevselliği



ABSTRACT

Investigation of Family Functioning and Quality of Life with Difficulties Experiencing Infertile Female Patients

Aim: Reproduction and maintaining the lineage is one of the most important instincts of living things. Infertility, the frequency of which is increasing in our country and in the world; It is a vital crisis that brings with it physical, social, economic and spiritual problems. The couple who have infertility problems embark on an unexpected and difficult journey. Family functionality is important for this process to be healthy and to overcome difficulties. The difficulties experienced and the deterioration of family functionality will also affect the quality of life. The aim of this study is to investigate the relationship between the difficulties experienced by infertile women and family functionality and quality of life.

Materials and Methods: This thesis study is of cross-sectional type and it was registered in Adana Rotary Gürselpaşa Family Health Center No. 1, Adana İsmetpaşa Family Health Center, Adana Köprülü Kışla Family Health Center and also between February 1 and April 30, 2022 at the Adana City Training & Research Hospital Gynecology and Obstetrics Polyclinics was carried out with 122 infertile female patients with a request for a child. In our study, sociodemographic data, data on infertility and marriage, data on difficulties experienced due to difficulties in having children, data on spousal support and sexual life, data on family and friend support were questioned with the data collection form. The Fertility Problem Inventory (FPI), the Quality of Life Scale for Persons with Fertility Problems (FertiQol), and the Family APGAR Scale were used. Data were analyzed in SPSS 26.0 program.

Results: The mean age of the participants in the study was $32,88 \pm 5,78$ years. 46,7% of the participants were at secondary education level, 43,4% were at low income level and 63,9% were not working. 87,7% of the participants have a nuclear family structure; 52,5% of them had arranged marriages. Participants' Fertility Problem Inventory total mean score was $154,33 \pm 56,26$; FertiQol core segment mean score was $59,43 \pm 19,95$; The mean Family Apgar scale score was $6,52 \pm 2,98$. As age, education level and income level increase, Fertility Problem Inventory total score decreases ($p < 0,001$); The FERTIQOL core segment total mean score increased ($p < 0,001$). As age, education level and income level increase, the total mean score of the Family APGAR scale increases ($p = 0,016$; $p < 0,001$; $p < 0,001$, respectively). As the Fertility Problem Inventory total score increases, the FERTIQOL core section total score decreases ($p < 0,001$). As the Family APGAR scale total score increases; The FERTIQOL core section total score increased ($p < 0,001$).

Conclusion: Infertile female patients are adversely affected in terms of health-related quality of life as well as physical, economic and social aspects. In this study, it was determined that quality of life was positively related to family functionality, negatively related to infertility-related stress in infertile female

patients, and there was a negative correlation between infertility-related stress and family functionality. It was concluded that the difficulty in having a child was mostly affected by the budget, the feeling of discomfort due to the feeling of uncertainty about the future and the feeling of pressure, and the difficulties experienced had negative effects on the quality of life. It is very important for family physicians to evaluate the difficulties experienced due to the difficulty of having a child within the framework of the holistic care principle. Infertile female patients should be aware of the risks related to mental and physical health and should be socially supported by the society.

Keywords: Infertility, quality of life, family functionality



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütüne göre infertilite; 12 ay veya daha uzun süre düzenli korunmasız cinsel ilişki sonucunda gebelik elde edilememesi ile karakterize erkek veya kadın üreme sisteminin bir hastalığıdır (1). Gebeliklerinde mükerrer düşükleri olan ya da 35 yaşın üzerinde olan kadınlarda tanı 6 aylık bir zamanda konulabilmektedir (2).

İnfertilite, dünya çapında doğurganlık çağındaki milyonlarca insanı etkileyen küresel bir sağlık sorunu olup mevcut veriler dünya çapında 48 milyon çiftin ve 186 milyon insanın infertil olduğunu göstermektedir (3). Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) açıkladığı verilere göre; infertilite sıklığı %10 ile 15 arasındadır (4). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise infertilite oranının %10 ile 20 arasında olduğu bildirilmekte olup; sıklığı giderek artmaktadır (5).

İnfertilite, hayatı tehdit eden bir hastalık olmamasına karşın fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunları beraberinde getiren sınıfsal, dinsel ve kültürel açılardan bireylerin hayatını etkileyen varoluşsal bir krizdir (6,7). Üreme ve soyun devamını sağlama canlıların en temel içgüdülerinden olup bu içgüdü'nün karşılanamaması strese neden olur. Bu stresin nedeni; tamamen çocuk sahibi olma isteği olmayıp esas neden infertil bireylerin çocuk sahibi olmaya yükledikleri anlamdır (7,8). Pek çok infertil kadın infertilite deneyimini hayatlarındaki en üzücü deneyim olarak belirtmiştir (9). İnfertiliteyle ilişkilendirilen stres; kanser ya da kalp hastalığı gibi hayatı tehdit edici hastalıklardaki kadar büyük bulunmuştur (10).

İnfertilite tanısının neden olduğu ruhsal ve sosyal sorunlara ek olarak tanı ve tedavi sürecinde yaşanan zorluklar da infertil bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (11). Hem infertilitenin kendisi hem de infertilitenin araştırılması sırasında yapılan tetkik ve tedaviler bireylerin ekonomik, sosyal, ruhsal destek kaynaklarını zorlamakta; fiziksel ve duygusal enerjilerini tüketmektedir (12). Özellikle geleneksel toplumlarda çocuk sahibi olamamak statü kaybı olarak görülmekte ve infertil bireyler bir yandan çocuk sahibi olamamanın getirdiği zorluklarla mücadele ederken; bir yandan da aile ve arkadaşlarının çocuk sahibi olamamaya ilişkin soruları nedeniyle sosyal baskı yaşamaktadır. İnfertilitenin çiftlerin hem sosyal çevreleri ile olan ilişkilerini hem de birbirleriyle olan ilişkilerini,

cinsel hayatlarını ve meslek hayatlarını etkileyerek yaşam kalitelerini de etkilediği bilinmektedir (13).

Kişilerin hem bedensel hem de ruhsal sağlıkları için ihtiyaç duydukları sevgi, ilgi ve bakımı bulabilecekleri en doğal ortam olan ailenin toplumsal yaşam için önemli işlevleri vardır. Sağlık sorunlarını biyopsikososyal olarak ele alan aile hekimlerinin daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmesi için aile işlevlerinin sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesini önleyen problemlerin tanımlanması gerekmektedir (14). İnfertilite bireyler için varoluşsal bir kriz olup infertilite sorunu yaşayan çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa çıkmaktadır (15). Aile işlevselliği bu sürecin sağlıklı olması ve zorlukların aşılması açısından önemlidir. Yaşanılan zorluklar ve aile işlevselliğinin bozulması yaşam kalitesini de etkileyecektir.

Klinikler arasında kurulacak iş birliği ile infertil bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal sorunları ve stres düzeyleri göz önünde bulundurularak mevcut problemlere yönelik çözümler geliştirilmesi; bu sürecin daha sağlıklı olması ve bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi konusunda fayda sağlayabilir (13). Bu çalışmanın amacı infertil kadınların yaşadığı zorluklar ile aile işlevselliği ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNFERTİLİTE

2.1.2. Tanım

Fertilite; gebe kalma ve üreme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (16). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre infertilite ise; 12 ay veya daha uzun süre düzenli korunmasız cinsel ilişki sonucunda gebelik elde edilememesi ile karakterize erkek veya kadın üreme sisteminin hastalığıdır (1). Gebeliklerinde mükerrer düşükleri olan ya da 35 yaşın üzerinde olan kadınlarda tanı 6 aylık bir zamanda konulabilmektedir (2).

İnfertilite, primer infertilite ve sekonder infertilite olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Daha önce hiç gebelik geçirmeyen bir kadının 1 yıl veya daha uzun süre ile düzenli korunmasız cinsel ilişkiye girmesine karşın gebelik elde edememesi primer infertilite; canlı doğumla sonuçlansın ya da sonuçlanmasın daha önce gebelik öyküsü olan bir kadının 1 yıl veya daha uzun süre düzenli korunmasız ilişki sonucunda gebelik elde edememesi ise sekonder infertilite olarak tanımlanmaktadır (17).

Korunma yöntemi kullanılmayan bir adet döneminde gebe kalma olasılığına fekundabilite denilmektedir (16). Herhangi bir korunma yöntemi kullanmayan fertil çiftlerin % 57'si 3 ay içinde, % 72'si 6 ay içinde, % 85'i 12 ay içinde, % 93'ü ise iki yılın sonunda gebelik elde edebilmektedir (18).

2.1.3. Epidemiyoloji

Günümüzde çocuk doğurmanın ertelenmesi ve doğumlar arasındaki sürenin uzaması gibi nedenler birçok ülkede fertilitenin azalmasına yol açmıştır ve bunun sonucunda özellikle gelişmiş ülkelerde infertilite önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir (19,20). İnfertiliteye sebep olan faktörler dünyanın birçok yerinde benzer olsa da; infertilite oranları ülkeden ülkeye, hatta aynı ülke içinde dahi farklılık göstermektedir (21). İnfertilite, dünya çapında doğurganlık çağındaki milyonlarca insanı etkileyen küresel bir sağlık sorunu olup mevcut veriler dünya çapında 48 milyon çiftin ve 186 milyon insanın infertil olduğunu göstermektedir (3). Dünya

Sağlık Örgütünün (DSÖ) açıkladığı verilere göre; infertilite sıklığı %10 ile 15 arasındadır (4). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise infertilite oranının %10 ile 20 arasında olduğu bildirilmekte olup; sıklığı giderek artmaktadır (5).

2.1.4. Etiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü’nün 8500 infertil çift üzerinde standart tanı yöntemlerini kullanarak yaptığı bir çalışmada; gelişmiş ülkelerde infertilitenin %37 kadın kaynaklı, %8 erkek kaynaklı, %35 hem kadın hem erkek kaynaklı olduğu, %5’inde saptanabilir bir neden bulunmadığı (açıklanamayan infertilite) ve %15 oranında çiftin ise araştırmalar sırasında gebelik elde ettiği izlenmiştir (21).

2.1.4.1. Kadın infertilitesi nedenleri

2.1.4.1.1. Ovulatuvar disfonksiyon

Ovulatuvar disfonksiyon genellikle menstrual düzensizlikle birlikte olup; infertil çiftlerin % 15’inde ve infertil kadınların % 40’ında etyolojide yer almaktadır. DSÖ ovulasyon bozukluklarını 3 grupta sınıflandırır (22).

Grup 1: Hipogonadotropik hipogonadal anovulasyon (hipotalamik amenore): Bu gruptaki ovulasyon bozukluklarına hipotalamik hipofiz yetmezliği neden olur. Tipik olarak gecikmiş veya bozulmuş pubertal gelişim, birincil veya ikincil amenore ve infertilite ile kendini gösterir. GnRH seviyesi düşük, FSH düşük veya normal seviyede, E2 seviyesi düşüktür. Anovulatuvar kadınların ise %5-10’unu oluşturmaktadır.

Grup 2: Normogonadotropik normoöstrojenik anovulasyon: Hipotalamus-hipofiz-over aksındaki disfonksiyonlar olarak tanımlanır. Bu kadınlar normal miktarlarda gonadotropin ve östrojen sentezleyip, salgılayabilir. Foliküler fazda FSH salgılanımı subnormaldir. Klasik PCOS bu gruba örnek verilebilir. Oligomenoreiktirler. % 70-85 görülme sıklığı ile en fazla görülen gruptur.

Grup 3: Hipergonadotropik hipoöstrojenik anovulasyon: Bu grup vakaların % 10-30’unu oluşturmakta olup ovaryan rezistans ve prematür over yetmezliği örnek olarak verilebilir. Hiperprolaktinemi GnRH’ın pulsatil sekresyonunu bozarak pituitier FSH ve LH sentezini bozar. Defektif luteal faz, düzensiz ovulasyon ve kronik

anovulasyon nedeniyle hiperprolaktinematik kadınların çoğu oligomenoreik ya da amenoreiktirler.

Hipertiroidizmli kadınların serum seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG) konsantrasyonu ötiroid kadınlara oranla yüksektir. Bu da yüksek serum E2 konsantrasyonları ve düşük ya da normal serum serbest E2 konsantrasyonları, yüksek serum LH konsantrasyonları ve azalmış LH piki ile sonuçlanır. Bu da oligomenore ve anovulatuvar sıkluslara neden olur. Hipotiroidide ise periferik östrojen metabolizmasının bozulmasına neden olur ve hipotiroidili kadınlarda en sık görülen menstrual düzensizlik oligomenoredir. Bu hastalarda fertilitenin azalması ile beraber erken abortus oranları da artmıştır (23).

Polikistik over sendromu reproduktif dönemdeki kadınlarda sık görülen, menstrual düzensizlikler (oligo-anovulasyon) ile giden ovulasyon disfonksiyonu, klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm bulguları ve ultrasonografik olarak over morfolojisinde polikistik yapının görüldüğü endokrin ve metabolik bir hastalıktır (24). Bu hastalardaki menstrual düzensizliklerin temel nedeni kronik anovulasyon olup genellikle oligomenore, amenore veya disfonksiyonel uterin kanama şeklinde görülür. PCOS'lu anovulatuvar kadınlarda ovulasyon indüksiyonunda; ilk olarak letrozol, ikinci olarak da gonadotropinler önerilir (25).

2.1.4.1.2. Ovaryan yetmezlik

Prematür over yetmezliği tanımı over fonksiyonlarının 40 yaşından önce kesilmesini ifade etmekte olup; bu hastaların gonadotropin seviyeleri yüksek, östrojen seviyeleri ise düşüktür. Amenore veya oligomenore klinik tabloya eşlik eder (26). Doğal ya da ameliyat, kemoterapi-radyoterapi gibi nedenlere sekonder iatrojenik olarak ortaya çıkabilir. Bu gruptaki hastalarda over fonksiyonları normal olmamakla birlikte tamamen kesilmek zorunda değildir, %5-10 oranında kadın gebe kalabilir (27).

2.1.4.1.3. Endometriozis ve pelvik adezyon

Endometriozis üreme çağındaki kadınlarda görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır ve yapılan kapsamlı bir kohort çalışmasında, endometriozisi olan <35 yaşındaki kadınlarda infertilite riski, endometriozisi olmayan kadınlara göre iki kat

artmıştır (28). Endometriozisin fertilitiyi azaltabileceği olası mekanizmalar bozulmuş pelvik anatomi (özellikle pelvik adezyonlar), inflamasyona bağlı peritoneal fonksiyonlarda değişiklik, hormonal ve hücre aracılı fonksiyonlarda değişiklik, endokrin ve ovulatuvar değişiklikler, bozulmuş implantasyon, oosit ve embriyo kalitesinin etkilenmesi ve anormal uterotubal transporttur (29).

2.1.4.1.4. Tubal patolojiler

Tubal patolojiler kadın infertilitesinin yaklaşık % 25-30 kadarını oluşturmakta olup; tubal kaynaklı infertilitenin en sık rastlanılan nedeni pelvik inflamatuvar hastalık (PID) ve akut salpenjit gibi nedenlerle oluşan tubal harabiyettir. Pelvik inflamatuvar hastalık, klamidya veya gonore gibi patojenlerin neden olduğu bir hastalıktır. PID tanısı konan kadınlarda yapılan klasik çalışmalarda, pelvik enfeksiyonların sayısı ve şiddeti arttıkça infertilite riski artmıştır (30-33).

2.1.4.1.5. Uterin patolojiler

Uterusun anatomik veya fonksiyonel anomalileri embriyonun implantasyonunu ve normal gelişimini engelleyerek infertiliteye neden olabilmektedir ve infertilitenin sık görülmeyen nedenleri arasındadır. Uterin patolojilere örnek olarak myomlar, polipler, konjenital uterin malformasyonlar, intrauterin adezyonlar, enfeksiyon sayılabilir (30,34). Reprodüktif dönemdeki kadınların %20 ile %40 kadarında uterin myomlar tespit edilebilir ve kaviteyi bozan submukozal myomların fertilitiyi azalttığı düşünülmektedir (35). Konjenital uterin malformasyonlar içinde septat uterus en sık görülen infertilite nedeni ve tekrarlayan gebelik kaybı ile en fazla ilişkisi olan konjenital malformasyon olarak görülmektedir. İntrauterin adezyonların embriyonun implantasyonunu engelleyerek infertiliteye neden olabileceği düşünülmektedir. İntrauterin adezyonlar sıklıkla küretaj, intrauterin cerrahi ve intrauterin enfeksiyon gibi endometriyumu travmatize eden nedenlerle oluşmaktadır (36).

2.1.4.1.6. Servikal patolojiler

Serviksteki yapısal anomaliler, servikal mukus anormallikleri veya enfeksiyonlar servikal patolojilere örnek olarak verilebilir. Servikal mukus anormallikleri içinde en yaygın nedenlerden biri immünolojik nedenlerdir ve anti sperm IgA'lar nedeniyle spermilerin servikte hareket yeteneklerini kaybetmesiyle sonuçlanır (37,38).

2.1.4.2. Erkek infertilitesi nedenleri

2.1.4.2.1. Pretestiküler nedenler (hipotalamik-hipofizer kaynaklı)

Primer hipogonadizm (hipergonadotropik hipogonadizm) nedeniyle testiküler yetmezlik ya da yetersiz gonadotropin uyarıcı hormon ve/veya gonadotropin salgılanmasının bir sonucu olan sekonder hipogonadizm (hipogonadotropik hipogonadizm) nedeniyle mevcut olan düşük testosteron seviyesi spermatogenezi etkileyebilecek bir durumdur (39). Hipogonadotropik hipogonadizme örnek olarak Kallmann sendromu verilebilir (40). Hiperprolaktinemi erkek infertilitesine bağlı başlıca endokrinopatiler arasındadır. Endokrinopatiler erkeklerde infertiliteyle %1-2 sıklıkla ilişkilidir (41).

2.1.4.2.2. Testiküler nedenler

Kriptorşidizm infertil hastaların % 2-9 kadarında görülür. İnfertilite nedeniyle başvuran unilateral kriptorşidizimli olguların %50-70'inde azospermi veya oligospermi saptanmakla birlikte; bilateral kriptorşidizimli olguların hemen hemen hepsinde azospermi bulunmaktadır. Varikosel, skrotum içindeki pampiniform pleksusun anormal dilatasyonu olarak tanımlanır ve infertil erkeklerde görülme sıklığı %35 ile %40 arasında değişmekle birlikte, normal erkek popülasyonunun %15'inde de görülebilmektedir. Çoğu infertil erkek hastada oligoastenoteratozoospermi (OAT) sendromu bulunmaktadır (40).

2.1.4.2.3. Posttestiküler nedenler

Posttestiküler nedenler, ejakülasyon bozukluğundan veya sperm iletimindeki sorunlardan kaynaklanır. Epididimde obstrüksiyon, posttestis yetmezliğinin en sık

nedenidir ve edinsel olarak en sık epididim enfeksiyonuna sekonder olarak görülür (42). Konjenital sebepler arasında kistik fibrozis mevcuttur. Nörojenik, üretral, farmakolojik nedenler ve mesane boynu yetersizliği gibi nedenlerle ortaya çıkabilen retrograd ejakülasyon da posttestiküler infertilite nedenlerine örnek olarak verilebilir (40).

2.1.4.3. Açıklanamayan infertilite

Açıklanamayan infertilite kapsamlı bir değerlendirme sonucunda infertiliteye sebep olacak herhangi bir nedenin tespit edilemediği durumlarda konulan bir dışlama tanısıdır.

2.1.5. İnfertilitenin Değerlendirilmesi

İnfertilite araştırması genellikle 35 yaşın altında ve risk faktörü olmayan kadınlarda bir yıl düzenli ve korunmasız cinsel ilişki yaşanmasından sonra; 35-40 yaş arasında risk faktörü olmayan kadınlarda ise 6 ay düzenli ve korunmasız cinsel ilişki yaşanmasından sonra çocuk sahibi olunamaması durumunda başlatılır. Bazı durumlarda araştırmaya daha erken başlanabilir. Bu durumlar; kadın için 40 yaş üstü olmak, bilinen veya şüphelenilen uterin veya tubal hastalık olması, ileri evre endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü, oligomenore/amenore, galaktore, hirsutizm, tiroid bozuklukları varlığı, ileri evre kanser öyküsü, geçirilmiş over cerrahisi, kemoterapi/radyoterapi gibi prematür over yetmezliği risk faktörlerinin bulunması, geçirilmiş pelvik cerrahi, üreme sistemi malformasyonları gibi infertiliteye zemin oluşturan faktörler ve erkek partnerde bilinen veya şüphelenilen infertilite olarak sayılabilir (43). Erkek için; ürogenital cerrahi geçirmiş olmak, varikosel, kriptorşidizm, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, inmemiş testis veya orşidopeksi varlığı, erişkin yaşta kabakulak geçirmiş olmak, kemoterapi/radyoterapi öyküsü infertilite için risk faktörü olarak sayılabilir.

İnfertil bir çiftin değerlendirilmesinde öncelikli hedef, tedavi edilebilir sebeplerin ortaya konulması, buna yönelik önlem ve tedaviler hakkında çiftin bilgilendirilmesi ve uygun tedavi seçeneklerinin çifte sunulmasıdır. İnfertilite tedavisi için başvuran çiftler öncelikle beraber ve bütünsel değerlendirilmelidirler; bu nedenle her iki eşin de değerlendirme sırasında muayenede olmaları gerekir. Bu

şekilde amaçlanan infertilite değerlendirilmesinde çok önemli olan ayrıntılı öykünün daha doğru alınabilmesi ve eşlerin sürece birlikte katılmalarını sağlayarak birbirlerine olan desteklerini artırmaktır.

İlk olarak çiftlerden infertilitenin olası tüm etyolojileri ile ilgili bilgi içeren kapsamlı bir tıbbi öykü alınmalıdır. Tıbbi öyküde çiftin yaşı, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler, evlilik ve infertilite süresi, cinsel ilişki sıklığı ve cinsel ilişki ile ilgili alışkanlıklarını da içeren cinsel özgeçmiş, cinsel işlev bozuklukları, geçirilmiş ya da mevcut sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, mesleki yaşam, genetik hastalıklar, fertilitiyi olumsuz etkileyebilecek olası nedenler (sigara ve alkol kullanımı, kafein tüketim miktarı, madde kullanımı, beslenme şekilleri, stres düzeyi gibi) sorgulanmalıdır (44).

Kadında menstrual öykü, obstetrik öykü, ailede erken menopoza veya infertilite öyküsü, şimdiye kadar infertilite ile ilgili uygulanan tanı yöntemleri, sonuçları, uygulanan tedaviler, geçirilmiş jinekolojik hastalıklar (endometriozis, myom, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, pelvik inflamatuvar hastalık, polip, tümör), geçirilen operasyonlar, psikolojik nedenler, daha önce kullanılan kontrasepsiyon yöntemleri, anormal servikal smear sonucu öyküsü, pelvik veya abdominal ağrı, disparoni, tiroid patolojileri, galaktore, hirsutizm, potansiyel teratojenler ve alerji öyküsü sorgulanmalıdır (45-49).

İnfertilite nedenleri araştırılırken kapsamlı bir fizik muayene çok önemlidir. Fizik muayene yapılırken infertilitenin potansiyel nedenlerinin yol açabileceği bulgular değerlendirilir.

Hastanın kan basıncı, nabızı, boyu ve kilosu ölçülmeli ve vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanmalıdır. VKİ 19 kg/m^2 'nin altında olanlarda ve VKİ 35 kg/m^2 'nin üstünde olanlarda fertilitenin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (50).

Tiroid bezinde büyüme, nodül, hassasiyet veya ağrı varlığı, galaktore ve androjen yüksekliği belirtileri (hirsutizm, virilizasyon, erkek tipi kellik gibi) olup olmadığı değerlendirilmelidir. Androjen yüksekliği belirtileri, galaktore veya tiroid bezi bozuklukları bir endokrinopatinin (örneğin, adrenal bozukluk, hiperprolaktinemi, hiper veya hipotiroidizm, polikistik over sendromu) olabileceğini akla getirir (51).

Seks karakterlerinin gelişimi değerlendirilmelidir. Primer amenoreik hastada sekonder seks karakterlerinin yetersiz gelişimi varsa hipogonadotropik hipogonadizm düşünülür. Kısa, kare şekilli göğüs yapısı ve amenore varsa Turner Sendromu düşünülebilir (52).

Jinekolojik muayenede ise; uterusun boyutu, pozisyonu, servikal ve vajinal anormallikler, adneksiyel lojlar değerlendirilmelidir. Muayenede öncelikle spekulumla muayene edilerek vajina, serviks ve uterusun normal yapıda olduğu gözlemlenmeli, konjenital anomaliler ekarte edilmeli, yakın zamanda servikal smear taraması yapılmamışsa yapılmalıdır (49). Vajinal/servikal yapısal anomaliler ya da akıntı, mülleryan anomali, enfeksiyon veya servikal faktörün varlığını düşündürür. Uterus boyutlarının artması, düzensizliği veya fikse olması; uterus anomalisi, leiomyoma, endometriozis veya pelvik inflamatuvar hastalık belirtileri olabilir (53).

Douglesta ve adnekte mevcut bir kitle veya ağrı, endometriozis veya kronik pelvik inflamatuvar hastalığı düşündürebilir. Douglas kesesinde rektovajinal septumda veya uterosakral ligamentte ele gelen hassas nodüller endometriozisin göstergesi olabilir (54).

Erkte fizik muayene; sekonder seks karakterlerinin gelişimini de içeren genel muayene ve ardından penis, testis, rektum muayenesini içeren genital muayeneden oluşur (13). Genital muayenede epispadias veya hipospadias açısından değerlendirme ve varikoseli tespit edebilmek amacıyla skrotum muayenesi yapılmalıdır. Bunlara ek olarak, epididimal inflamasyon belirtileri olan skrotumun palpasyonunda kalınlaşma veya ağrı bulunabilir (51).

Fizik muayeneden sonra laboratuvar testlerinden faydalanılmalıdır. İnfertil kadınlardan değerlendirme sırasında tam kan sayımı, kan grubu, serolojik markerlar olan Hepatit B yüzey antijeni (HbsAg), Hepatit B yüzey antikoru (Anti-Hbs), Hepatit C antikoru (Anti HCV), insan bağışıklık yetmezliği virüs antikoru (Anti HIV), toxoplazma IgM/IgG, Rubella immunglobulin M/G (IgM/IgG); hormonal testlerden Tiroid stimüle edici hormon (TSH), T3, T4, Folikül stimüle edici hormon (FSH), Lüteinize edici hormon (LH), İnhibin-B, Östradiol (E2), prolaktin, serbest testosteron, total testosteron istenilmektedir. İnfertilite polikliniğine başvuran kadınların hepsinden menstrual siklusun 3. gününde bazal serum östradiol ve FSH seviyeleri görülmesi zorunludur. Menstruasyonun 3. günü FSH değeri, hastaların

ovulasyon indüksiyonuna vereceği yanıtın değerlendirilmesinde önemli, istenen başarılı gebelik oranlarıyla doğru orantılı ve over rezervini en iyi yansıtan test olarak kabul edilmiştir (55).

2.1.5.1. Kadına yönelik tanı testleri

2.1.5.1.1. Ovulasyon fonksiyon testleri

Kadınlar için menstrual siklus öyküsü ovulasyon fonksiyonu için yeterli olabilir ancak normal adet döngüsüne sahip olan kadınların yaklaşık üçte biri anovulatuvar olarak izlenmiştir bu yüzden ovulasyonun varlığı gösterilmelidir (56). Ovulatuvar disfonksiyon hastada oligomenore veya amenore bulunması ya da luteal faz progesteron seviyesinin tekrarlayan ölçümlerde 3 ng/ml değerinin altında olması ya da her ikisinin birlikteliği olarak tanımlanır ve kadın infertilitesinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (57). Ovulasyonun saptanmasında midluteal progesteron ölçümü, pozitif luteinize edici hormon testleri, bifazik bazal vücut ısısı veya servikal mukus değişiklikleri kullanılabilir. Post ovulatuvar corpus luteumdan progesteron üretimi luteal hormon stimülasyonuna bağlıdır ve değerin 3ng/ml den büyük olması yeterlidir ancak luteal fazın kalitesini değerlendirmek için kullanılmaz (58). Ovulasyonu belirlemek için tasarlanan ve idrarda luteinizan hormon konsantrasyonu ölçümüne dayanan kitlerin kullanımı oldukça yaygındır. Kullanmaya LH pikinden 3 gün önce başlanması ve birkaç gün boyunca devam edilmesi önerilir. Bazal vücut ısısı tayini ile ovulasyon zamanını tayin etmeye çalışmak artık pratikte kullanılan bir yöntem değildir. Transvajinal ultrasonografi (TVUSG) ile erken foliküler fazda antral folikül sayısı takibi ve bunların gelişimleri izlenir (59). Böylece dominant folikül takibi yapılarak ovulasyon zamanı tahmini yapılabilir.

2.1.5.1.2. Over rezervi testleri

Over rezervi; overdeki folikül havuzunun miktarını tanımlar ve overlerdeki üreme potansiyelini gösterir. Over rezervi testlerinin sonuçları hastanın yaşı bağlamında değerlendirilmelidir. Azalmış over rezervi varlığı, olası bir over stimülasyonu tedavisinde alınacak yanıtı öngörebilir (60).

Siklusun 3. günü bakılan FSH düzeyinin >10IU/L olması kötü over rezervini düşündürmekte olup; ovulasyon indüksiyonu ve üremeye yardımcı tedavi uygulamalarına azalmış ovaryan cevap ve azalmış gebelik oranları ile ilişkilidir. Serum FSH konsantrasyonu erken foliküler fazda yani siklusun 2-4. Günü ölçülmelidir (61).

Bazal serum östradiol konsantrasyonu, tek başına over rezervi testi olarak pek değerli değildir; fakat bazal FSH düzeyinin yorumlanmasında ek bilgi sağlayabilir. Bazal östradiol seviyesinin 60-80 pg/mL'den fazla olması FSH üzerinde baskılayıcı bir etkiye sahip olabilir ve over rezervinin azaldığının göstergesidir (61). Bazal östradiol seviyelerinin < 20 pg/mL olması ise; normal over fonksiyonu, hipogonadotropik hipogonadizm veya ovaryan yetmezlik ile ilişkili olabilir (62).

AMH; over rezervini gösteren bir serum belirteçidir ve antral foliküllerin granüloza hücrelerinden üretilir (63). Over rezervini kantitatif olarak göstermektedir fakat oositlerin kalitesi hakkında bilgi vermez (64). AMH seviyeleri adet döngüsü boyunca nispeten sabit kaldığından, adet döngüsünün herhangi bir gününde değerlendirilebilir (65). AMH, infertil kadınlarda yumurtalık stimülasyonuna yanıtı ve hamileliği öngörme yeteneği bakımından antral folikül sayısına benzer. Bazal değerleri laboratuvarlara göre ve yaşa göre değişmekle beraber düzeyinin 1.0 ng/mL altında olması düşük over rezervini, 1- 3.5 ng/mL olması iyi ovaryan yanıtı, 3.5 ng/ml üzerinde olması ise artmış ovaryan yanıtı gösterir (66).

İnhibin B preovulatar foliküllerin granüloza hücrelerinden salınır ve FSH salınımını inhibe eder. Yapılan çalışmalarda adet 3. günü bakılan inhibin B düzeyinin 45 pg/ml'in altında olmasının, üremeye yardımcı tedaviler ile gebelik oranlarında düşüklük ve siklus iptal riskinde artışla birlikte olduğu gösterilmiştir (67). Fakat siklus esnasında alınan ölçümlerde büyük değişimler göstermesi nedeniyle güvenilir bir ölçüm olarak kabul edilmemektedir (68,69).

Over rezervinin diğer belirleyicileri, tedavi öncesi over hacmi ve her iki overdeki küçük antral foliküllerin toplamı olan AFC gibi ultrason ölçümlerini içerir. TVUSG yapılarak tüm küçük antral foliküllerin çapı görüntülenir, çapları 2 ila 10 mm arasında olan foliküller sayılarak AFC belirlenir. Hem AFC hem de AMH seviyesi, üremeye yardımcı tedaviler sırasında over yanıtının iyi öngörücüleridir (70).

Over rezervi testleri, over stimölasyonuna verilen yanıtın iyi öngörücüleridir, ancak kötü sonuçlar, canlı doğumun gerçekleştirilemeyeceğini mutlak anlamda öngöremez (71-73).

2.1.5.1.3. Tubal değerlendirme

Histerosalfingografi (HSG) tubal açıklığın değerlendirilmesinde önemli bir tetkiktir. Tanısal olduğu gibi terapötik etkisi de vardır. Uterin kavitenin şeklini, konturlarını, tubal geçişi ve tubaların trasesini gösterir. Kavite içi yer tutan kitle varlığında (polip, myom gibi) dolum defekti oluşturur. Gebelik ihtimalinin düşük olması nedeniyle erken foliküler fazda, menstrual dönemin bitmesinden sonraki 3-4 gün yapılması için en uygun zamandır. Olası bir enfeksiyon varlığında veya PID şüphesinde çekilmesi kontrendikedir (74).

İnfertil kadınlarda tubal değerlendirmede ilk basamak teknik olarak HSG kullanılır ancak; tubal obstrüksiyonları değerlendirmede altın standart tetkik daha invaziv olmasına karşın laparoskopidir (75). Bu nedenle HSG’de patoloji tespit edilen hastalarda mutlaka laparoskopi ile tubalar araştırılmalıdır (76).

2.1.5.1.4. Uterin kavitenin değerlendirilmesi

Endometrial polipler, müllerian anomaliler, leiomyomlar ve sineşiler infertiliteye neden olan uterin patolojiler arasında sayılabilir. Fertilite üzerinde cerrahi olarak değiştirilebilir bir etkiye sahip olan leiomyomlar; submukoz veya endometriyal kaviteyi bozan bileşene sahip olanlardır (77). Uterin kavite değerlendirmesinde temel yöntemler; HSG, transvajinal ultrasonografi (TVUSG), salin infüzyon sonografi (SİS), histeroskopidir. İnfertil hastalarda ilk basamak test HSG’dir. HSG’de sineşiler, müllerian anomaliler, septum, endometriyal polipler ve tip 0-2 myomlar kontrast maddenin dolum defektleri şeklinde görülürler. Tubaların değerlendirilmesine gereklilik duyulmayan yalnızca uterin kavite değerlendirilmesi yapılmak istenen durumlarda SİS veya histeroskopi önerilir. Histeroskopinin kavite içindeki patolojileri tespit etme oranı poliplerde yüksektir ve aynı zamanda tedavi edebilme şansı sunar (78). Gerek duyulduğu takdirde 3-D ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi tetkikler de yapılabilir.

2.1.5.2. Erkeğe yönelik tanı testleri

2.1.5.2.1. Semen analizi

Erkek faktörlü infertilite için ilk değerlendirme en az bir uygun şekilde yapılmış semen analizini içerir. 2-3 gün cinsel perhiz sonrası mastürbasyon ile temiz bir kutuya alınan ejakulat laboratuvar ortamında belirli işlemlerden geçirilerek analiz edilir. Semen analizi anormal ise, en az 4 hafta sonra başka bir semen analizi yapılmalıdır (79).

2021 Dünya Sağlık Örgütü spermiyogram kriterleri aşağıda gösterilmiştir (80).

Tablo 1. DSÖ 2021 sperm analiz parametreleri

Semen Hacmi (ml)	1,4
pH	≥ 7.2
Sperm Konsantrasyonu (milyon/ml)	16
Total Sperm Sayısı (milyon/ejakulat)	39
Total motilite (ileri + yerinde %)	42
Progresif motilite (%)	30 (a+b)
Canlılık (%)	54
Kruger morfolojisi (%)	4

2.1.5.2.2. Hormonal değerlendirme

Hormonal değerlendirme erkekler için rutin tetkikler arasında olmayıp; sperm konsantrasyonu 5-10 milyon/ml'nin altında olan erkeklerde, kıllanma azlığı, galaktore, jinekomasti gibi bulguları olan erkeklerde ve cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde yapılabilir (81).

2.1.5.2.3. Ultrasonografi (USG)

Skrotal muayenesinde kitle veya epididimal kist benzeri anormallikler saptanan hastaların değerlendirilmesinde Skrotal USG, palpe edilmesi zor olan varikoselin değerlendirilmesinde ise Doppler USG yardımcıdır. Transrektal USG prostat ve yardımcı üreme bezlerinin değerlendirilmesinde kullanılır (30).

2.1.5.2.4. Özel semen ve sperm testleri

Rutin tetkikler arasında olmayıp; açıklanamayan infertilite gibi durumlarda erkek kaynaklı nedenleri ortaya koyabilmek adına anti sperm antikör testleri, semedeki lökosit miktarını ölçümü gibi özel testler sınırlı bir grup için kullanılabilir (81).

2.1.6. İnfertilitenin Tedavisi

Yardımcı üreme teknikleri ifadesi; infertilite problemini çözmek için hastanın yaşı, infertilite nedeni ve infertilite süresi gibi pek çok faktör göz önünde bulundurularak çiftte özel olarak ekonomik açıdan en uygun, yan etkisi en az, tedavi başarısı en yüksek seçeneğin seçildiği birçok tekniği kapsamaktadır (82). Annenin yaşı, over rezervi ve önceki reproduktif performansı bu tekniklerin başarı oranını etkilemektedir. Yapılan araştırmalar; yaş arttıkça overlerdeki foliküllerin sayısının ve tedaviyle uyarılmaya karşı hassasiyetlerinin azaldığını; oositlerde anöploidi insidansının artması nedeniyle spontan abortus oranlarında artış olduğunu ve bunların sonucunda da fertilitenin azaldığını ortaya koymaktadır (83-85).

Yardımcı üreme tekniklerine örnek olarak; IUI (İntrauterin İnseminasyon), GIFT (Gamet İntrafallopian Transfer), ZIFT (Zigot İntrafallopian Transfer), IVF-ET (İnvitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi) ve ICSI (İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu) verilebilir. GIFT ve ZIFT daha nadir kullanılan yöntemlerdir.

2.1.6.1. IUI (İntrauterin İnseminasyon)

İntrauterin inseminasyon infertil vakalarda ilk basamak olarak kullanılmakta olup; semenin özel işlemlerden geçirildikten sonra bir kateter aracılığı ile uterus kaviteye bırakılmasıdır. Doğal siklusla veya ovulasyon indüksiyonu sonrası yapılabilir (86). Hafif erkek faktörlü infertilite, anovulasyon, endometriozis, servikal faktörler ve açıklanamayan infertilitesi olan hastalarda sıklıkla kullanılan bir yardımcı üreme yöntemidir (87).

2.1.6.2. IVF-ET (In Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi) ve ICSI (İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu)

Şiddetli tubal patoloji veya bilateral salpenjektomili hastalarda kullanılmak üzere geliştirilen bu yöntem günümüzde çoğu infertilite nedeninde kullanılmaktadır. Ovulasyonun indüklenmesini takiben toplanan oositler spermle fertilize edilir ve oluşan embriyolar ultrasonografi eşliğinde katater yardımıyla uterusu yerleştirilir. İlk başlarda şiddetli oligospermide de kullanılabileceği düşünülmüş olup; düşük gebelik oranları nedeniyle ICSI yöntemi kullanımı artmıştır (86,88). ICSI (İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu) ise tek bir spermin oositin sitoplazması içine enjekte edilmesidir ve özellikle de azospermi gibi erkek kaynaklı infertilite vakalarında başarı oranlarını artırmıştır (88).

IVF-ET ve ICSI aşamaları;

- Kontrollü Ovaryan Hiperstimülasyon
- Luteal Fazın Desteklenmesi
- Monitörizasyon
- Oosit toplanması (OPU)
- Gamet Hazırlanması ve Kültürü
- Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT)
- Embriyo transferi
- Kriyoprezervasyon

2.1.6.2.1. Kontrollü ovaryan hiperstimülasyon

Kontrollü ovaryan hiperstimülasyon yeterli miktarda fertilize olmaya uygun oosit elde edilmesi amacıyla değişik ajanlarla ve değişik protokollerle uygulanır. Ovulasyon indüksiyonu rejimi seçilirken ekonomik olarak en avantajlı, yan etki sıklığı ve siklus iptal ihtimali en az, gebelik oranı ise en fazla olan seçenek seçilmelidir. Hastanın yaşı, over rezervi, önceki KOH rejimine verdiği yanıt göz önünde bulundurulmalıdır. Klomifen sitrat, aromataz inhibitörleri, GnRH agonist ve antagonistleri, Human Menopozal Gonadotropin (hMG) ovulasyon indüksiyonunda kullanılan ajanlara örnektir. Klomifen sitrat; ovulatuar disfonksiyonu olanlarda multifoliküler gelişim sağlayan ucuz, non-invaziv ve klinik takibi kolay olan bir oral folikül stimüle edici ajandır (89). Genelde menstruasyonun 2-3. günleri tedaviye

başlanır. Overlerin indüksiyon rejimine verdiği yanıtı göre folikül gelişimi değişse de ortalama 10-12 gün düzenli ilaç kullanımı gerekmektedir (86,88,90).

2.1.6.2.2. Luteal fazın desteklenmesi

Kontrollü ovaryan hiperstimülasyon sikluslarında korpus luteum fonksiyonunun normal olmadığı görülmüş ve luteal fazın progesteron ve östrojen ile desteklenmesinin önemi ortaya çıkmıştır. Östrojen desteği doğrudan luteinizasyonu sağladığı için değil; progesteron reseptörlerinin yenilenmesinde gerekli olduğu için önemlidir (91,92).

2.1.6.2.3. Monitörizasyon

Belli bir büyüklüğe ulaşan foliküllerin gelişimlerinin ve endometriumun yapı ve kalınlığının takibi daha sık yapılmaktadır. Böylece over yanıtı yüksek olanlarda OHSS'yi önlemek için siklus iptal edilebilir, over yanıtı düşük olanlarda ise tedavi düzenlemeleri yapılabilir. Takipte serum östradiol, LH ölçümü ve USG kullanılmaktadır. hCG enjeksiyonu yapılma zamanını, oosit toplanma saatini belirlemek ve prematür luteinizasyonu saptayabilmek için bu takip gereklidir (86,88,90,92).

2.1.6.2.4. Oosit toplanması

Foliküller yaklaşık 16-20 mm büyüklüğe ulaştıktan sonra hCG enjeksiyonu uygulanır ve yaklaşık 34-36 saat sonra transvajinal ultrasonografi eşliğinde oositler aspire edilerek OPU (oocyte pick up, oosit toplama) işlemi gerçekleştirilir (93). Oosit toplama işleminden hemen önce veya sonra erkekten mastürbasyon ile sperm alınır; sperm bulunamayan erkeklerde ise cerrahi yöntemlerle (TESE, TESA vb.) sperm elde edilmeye çalışılır (94).

2.1.6.2.5. Gamet hazırlanması ve kültürü

Oosit kültürü ve sperm hazırlığı sonrasında IVF tercih edilecekse oosit başına yaklaşık 20.000 sperm ile inseminasyon yapılır; ICSI tercih edilecekse bir adet sperm

oosit sitoplazması içine enjekte edilir ve 16-18 saat sonra iki pronükleus oluşup oluşmadığı incelenir (95).

2.1.6.2.6. Embriyo transferi

Embriyo transferi genellikle anestezi uygulamasını gerektirmeyen ağrısız bir işlemdir (96). Günümüzde 5.gün blastokist transferi daha çok tercih edilmekle birlikte oluşan embriyolar pronükleer faz ile blastokist aşaması arasında herhangi bir aşamada transfer edilebilmektedir ve hangi aşamada transfer edileceği hastadan hastaya, uygulama yapılan klinikten kliniğe değişebilmektedir. İmplantasyon ihtimali en fazla olan embriyo seçilir ve mesane dolu iken, abdominal ultrasonografi ve yumuşak bir katater eşliğinde endometriuma bırakılır. İşlemi kolaylaştırmak adına uterus ve serviksin aynı düzlemde olmasını sağlamak için mesanenin dolu olması tercih edilir. Çoğul gebelik oranlarının yükselmesi nedeniyle; Ülkemizde 2010 yılında alınan bir karar ile 35 yaşın altındaki hastalara 1 embriyo, 35 yaşın üstündeki hastalara ise 2 embriyo transfer edilebilmektedir. Gebelik oluşup oluşmadığını tespit edebilmek için transferden 12-14 gün sonra kanda BhCG bakılır (97).

2.1.6.2.7. Preimplantasyon genetik tanı (PGT)

Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) infertilite tedavileri sırasında elde edilen embriyolara genetik incelemeler yapılması olarak tanımlanabilir. Embriyolardan alınan 1-2 hücre ile embriyoların kromozom yapıları hakkında bilgi edinilip; sağlıklı embriyoların transferi ile gebelik ihtimali artırılabilir. Orak hücreli anemi, spinal musküler atrofi tip 1, β talasemi gibi genetik hastalıklarda ve tekrarlayan gebelik kayıplarında, ileri yaş hastalarda, başarısız denemeleri olan hastalarda uygulanabilmektedir (98).

2.1.6.2.8. Kriyoprezervasyon

Hücrelerin veya dokuların korunması için kullanılan özel bir prosedür olup hücreler veya dokular -196°C 'ye kadar soğutulur. Transfer edilmeyen embriyolar ihtiyaç halinde daha sonraki denemelerde kullanılmak üzere dondurulup saklanır (97,99).

2.2. YAŞAM KALİTESİ

‘Yaşam kalitesi’ kavramı klinik ve biyokimyasal değerlendirmenin kişilerin hastalıktan etkilenme düzeyini tam olarak göstermemesi nedeniyle gündeme gelmiş olup; Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlığı ‘sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali’ olarak tanımlamasından bu yana daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (38). Yaşam kalitesi; bireylerin bedensel ve zihinsel olarak zinde olma hali, hayatlarına dair duydukları hoşnutluktur. Daha kapsamlı olarak ele alınırsa; kişilerin hastalık durumlarına ve günlük hayatlarındaki fiziksel, sosyal, ruhsal etkenlere verdikleri kişisel tepkileri ve günlük hayatlarında elde edebilecekleri kişisel doyum düzeyini etkileyen bir kavramdır (100).

DSÖ yaşam kalitesini, “bireyin, hem kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları, hem de beklentileri, kendi hedefleri, standartları ve ilgileri bağlamında, hayatta kendi durumunu algılama biçimi” olarak tanımlamaktadır (101). Yaşam kalitesi kişilerin fiziksel sağlıkları, ruhsal sağlıkları, sosyal ilişkileri, kişisel doyumları ve kişisel inançları gibi pek çok boyutu kapsamakla birlikte; kişiden kişiye değişim gösteren, sürekli değişen ve gelişen göreceli bir kavramdır. Sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda yaşam sürelerinin uzaması hastaların sadece bedensel sağlıklarıyla değil ruhsal sağlıkları ve sosyal sorunlarıyla da daha fazla ilgilenme gerekliliğini doğurmuştur (46).

İnfertilite, hayatı tehdit eden bir hastalık olmamasına karşın fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunları beraberinde getiren sınıfsal, dinsel ve kültürel açılardan bireylerin hayatını etkileyen varoluşsal bir krizdir (6,7). Üreme ve soyun devamını sağlama canlıların en temel içgüdülerinden olup bu içgüdü'nün karşılanamaması strese neden olur. Bu stresin nedeni; tamamen çocuk sahibi olma isteği olmayıp esas neden infertil bireylerin çocuk sahibi olmaya yükledikleri anlamdır (7,8). Çocuk sahibi olamamanın kadın açısından anlamı; annelik içgüdü'sünün karşılanamaması nedeniyle psikolojik tatminsizlik, doğuramama nedeniyle işlevsel bozukluk hissetme, bedenin kontrolünü kaybetme, toplumdan dışlanmış hissetme, duygusal açıdan evlat desteği alamama ve yaşlandığı zaman kendisine bakacak birilerinin olmaması nedeniyle yalnızlık hissi, anne, hamile, kayınvalide gibi toplumun kadına atfettiği sosyal rolleri üstlenememe, benlik değerinde düşme ve genetik devamlılığın kaybıdır (7,8). Pek çok infertil kadın infertilite deneyimini hayatlarındaki en üzücü deneyim

olarak belirtmiştir (9). İnfertiliteyle ilişkilendirilen stres; kanser ya da kalp hastalığı gibi hayatı tehdit edici hastalıklardaki kadar büyük bulunmuştur (10).

İnfertilite tanısının neden olduğu ruhsal ve sosyal sorunlara ek olarak tanı ve tedavi sürecinde yaşanan zorluklar da infertil bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (11). Hem infertilitenin kendisi hem de infertilitenin araştırılması sırasında yapılan tetkik ve tedaviler bireylerin ekonomik, sosyal, ruhsal destek kaynaklarını zorlamakta; fiziksel ve duygusal enerjilerini tüketmektedir (12). Özellikle geleneksel toplumlarda çocuk sahibi olamamak statü kaybı olarak görülmekte ve infertil bireyler bir yandan çocuk sahibi olamamanın getirdiği zorluklarla mücadele ederken; bir yandan da aile ve arkadaşlarının çocuk sahibi olamamaya ilişkin soruları nedeniyle sosyal baskı yaşamaktadır. İnfertilitenin çiftlerin hem sosyal çevreleri ile olan ilişkilerini hem de birbirleriyle olan ilişkilerini, cinsel hayatlarını ve meslek hayatlarını etkileyerek yaşam kalitelerini de etkilediği bilinmektedir (13). Kadınlar erkeklere göre suçluluk duygusunu daha fazla yaşamakta, daha fazla stres hissedebilmektedir. Buna infertilite nedeni kadın olmasa bile tanı ve tedavi girişimlerinde kadın bedeninin kullanılmasının neden olduğu düşünülmektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda kadınların yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiği söylenebilir (30). Kadınlar hamile ve çocuklu arkadaşlarıyla ortak noktalarının azaldığına, toplumdaki statüsünü ve kadın kimliğini kaybettiğine inanmaya başlayarak kendine güvenini kaybeder ve bu nedenle kendisini aile ve arkadaş ilişkilerinden soyutlayabilir (102). Eşiyle ve sosyal çevresiyle duygularını paylaşamayan, yeterli ilgiyi ve desteği göremeyen kadınlar ise daha çok yalnız hissetmekte ve bu durum yaşam kalitesinin düşmesine zemin hazırlamaktadır (103). Kişilerin yaşam kalitelerinin düşmesi; mutsuzluk, hayattan keyif alamama, geleceğe dair beklentilerin kaybolması, kişisel doyuma azalma ve ruhsal durumda bozulmaya yol açarak genel sağlığı olumsuz etkilemektedir (11). İnfertilitenin bireyleri bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal açılardan etkilediği bilinmekte olup; infertil bireylerde infertilitenin tedavisi kadar yaşam kalitesinin değerlendirilmesi de önemlidir (104). Klinikler arasında kurulacak iş birliği ile infertil bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal sorunları ve stres düzeyleri göz önünde bulundurularak mevcut problemlere yönelik çözümler geliştirilmesi; bu sürecin daha

sağlıklı olması ve bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi konusunda fayda sağlayabilir (13).

2.3. AİLE İŞLEVSELLİĞİ

Aile, yakın olan başka biriyle yaşayan ve bir mekanı paylaşan, iki veya daha fazla bireyi içeren, duygusal bağların kurulduğu, birbirleriyle ilgili sosyal durumlar, roller ve görevlerin üstlenildiği, sevgi, ait olma duygularının paylaşıldığı birimdir. Kişilerin hem bedensel hem de ruhsal sağlıkları için ihtiyaç duydukları sevgi, ilgi ve bakımı bulabilecekleri en doğal ortam olan ailenin toplumsal yaşam için önemli işlevleri vardır. Sağlık sorunlarını biyopsikososyal olarak ele alan aile hekimlerinin daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmesi için aile işlevlerinin sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesini önleyen problemlerin tanımlanması gerekmektedir. Sağlıklı aile işlevlerini yerine getirebilen ve üyelerine doyum sağlayan aileler olarak tanımlanabilir (14). Bu ailelerde üyelerin yaşamlarına değer ve amaçları doğrultusunda destek olunur, duruma göre ayarlanabilen kurallara bütün aile üyeleri katılır. Üyeler aile içi iletişimden hoşnuttur ve ruhsal olarak sağlıklıdır. Değişikliklere uyum sağlamak kolaydır, stresli olaylarla başa çıkma durumu başarılıdır ve krizler karşısında çabucak kendini toparlayabilirler ve çatışmalar azdır (105). İnfertilite bireyler için varoluşsal bir kriz olup infertilite sorunu yaşayan çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa çıkmaktadır (15). Aile işlevselliği bu sürecin sağlıklı olması ve zorlukların aşılması açısından önemlidir. Yaşanılan zorluklar ve aile işlevselliğinin bozulması yaşam kalitesini de etkileyecektir. Çalışmamızda bu konu hakkında daha fazla fikir sahibi olmayı umuyoruz.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı kesitsel tipte yapılan bu çalışma Adana Rotary Gürselpaşa 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Adana İsmetpaşa Aile Sağlığı Merkezi, Adana Köprülü Kışla Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı tespit edilen ve ayrıca 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine çocuk istemiyle başvuran infertil kadın hastalar ile gerçekleştirilmiş olup toplam 122 hasta ile yürütüldü. Çalışmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.01.2022 tarihli ve 1730 sayılı onayı alındı. Çalışma, başından sonuna kadar Helsinki deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü.

Çalışma Adana Rotary Gürselpaşa 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Adana İsmetpaşa Aile Sağlığı Merkezi, Adana Köprülü Kışla Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı tespit edilen tüm infertil kadın hastalar önceden davet edilerek ve ayrıca 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm infertil kadın hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma süresince bu Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı olan ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine gelen 18-49 yaş arasındaki kadın bireylerle görüşme yapıldı ve çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilerek 122 katılımcıyla görüşme sağlandı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Gönüllü olmak,
- 18-49 yaş arasında kadın olmak,
- Çocuk sahibi olmamak,

Çalışmadan dışlanma kriterleri ise;

- Katılmayı reddetmek,
- Araştırmaya dahil olmaktan vazgeçmek,
- Mental durum bozukluğu olması ve/veya iletişim kurulamaması,
- Çocuk sahibi olmak olarak belirlendi.

Anketin anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla 10 kişiden oluşan bir örneklem ile pilot çalışma yapıldı, katılımcılardan gelen öneriler ile ankete son hali verildi. Araştırmaya katılan bütün katılımcılara, çalışmanın amacı, yöntemi ve hedefleri hakkında bilgi verilerek, katılımcılardan yazılı onam formu alındı (Ek-2). Katılımcılarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veri toplama formu dolduruldu.

3.1. VERİ TOPLAMA FORMU

Araştırmada kullanılan veri toplama formu 113 sorudan oluşmaktaydı. A, B, C, D, E, F olmak üzere 6 bölümden oluşan formun A bölümünde 10 soru ile sosyodemografik veriler; yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile yapısı, kronik hastalığa sahip olma durumu, ruhsal hastalığa sahip olma durumu ve sigara ve alkol kullanma durumu sorgulandı. Eğitim durumu değerlendirilirken eğitim almamış 10 (%8,2) kişi ile ilkokul seviyesinde eğitim almış 25 (%20,5) kişi düşük eğitim seviyesinde, ortaokul seviyesinde eğitim almış 21 (%17,2) kişi ile lise seviyesinde eğitim almış 36 (%29,5) kişi orta eğitim seviyesinde ve üniversite ve üzeri eğitimi olan 30 (%24,6) kişi yüksek eğitim seviyesinde değerlendirildi. Eşin eğitim durumu değerlendirilirken eğitim almamış 4 (%3,3) kişi ile ilkokul seviyesinde eğitim almış 27 (%22,1) kişi düşük eğitim seviyesinde, ortaokul seviyesinde eğitim almış 24 (%19,7) kişi ile lise seviyesinde eğitim almış 35 (%28,7) kişi orta eğitim seviyesinde ve üniversite ve üzeri eğitimi olan 32 (%26,2) kişi yüksek eğitim seviyesinde değerlendirildi. Gelir durumu değerlendirirken gelir durumu 4250 TL'nin altında olanlar düşük, 4250TL ve 6250 TL arasında olanlar orta ve 6250 TL'den fazla olanlar yüksek gelir düzeyi olarak değerlendirildi.

B bölümünde 8 soru ile infertilite ve evliliğe ilişkin veriler; evlilik biçimi, evlilik süresi (yıl), evlilik sayısı, gebe kalma öyküsü, çocuk istem süresi (yıl), infertilite nedeni, şu anda yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu ve geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu sorgulandı.

C bölümünde 5 soru ile çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili veriler; bütçe etkileme durumu, geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu, hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu, tek başına kalmış gibi hissetme durumu ve baskı altında hissetme

durumu beşli likert (1:Hiç, 2:Biraz, 3:Orta düzeyde, 4:Çok, 5:Çok fazla) tipi sorgulama ile değerlendirildi.

D bölümünde 3 soru ile çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili veriler; eş desteğini yetersiz bulma durumu, eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ve cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu beşli likert (1:Hiç, 2:Biraz, 3:Orta düzeyde, 4:Çok, 5:Çok fazla) tipi sorgulama ile değerlendirildi.

E bölümünde 4 soru ile çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili veriler; aile desteğini yetersiz bulma durumu, arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu, aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ve hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu beşli likert (1:Hiç, 2:Biraz, 3:Orta düzeyde, 4:Çok, 5:Çok fazla) tipi sorgulama ile değerlendirildi.

Veri toplama formunun F bölümünde ölçeklere yer verildi.

3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

3.2.1. Doğurganlık Sorunu Envanteri (DSE)

DSE infertilite kaynaklı stresi ölçmek için 1999 yılında Newton ve ark. tarafından geliştirilmiştir (106). Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Gün ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Altılı likert tipinde olan ve pozitif, negatif maddeler içeren ölçeğin yanıtları kesinlikle katılıyorum (1 puan), az katılıyorum (2 puan), çok az katılıyorum (3 puan), çok az katılmıyorum (4 puan), az katılmıyorum (5 puan) ve kesinlikle katılmıyorum (6 puan) şeklinde olup pozitif maddeler ise tam tersi puanlanmıştır (107).

Envanter cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi ve ilişkiler kaygısı olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler şunları ifade etmektedir (106):

- Cinsel kaygı: Cinsiyet ve cinsel ilişki ile ilgili maddeler (Cinsel özsaygıda ve cinsel ilişkiden zevk almada azalma, cinsel ilişkinin zorlaşması vb.)
- Ebeveyn olma ihtiyacı: Ebeveynlik, mevcut ailenin devamlılığı ve aile olma kavramı ile ilgili maddeler (Aile içindeki rolün tespitine kapalı olma, ebeveyn olmayı yaşamındaki en önemli nokta olarak görmek vb.)

- Sosyal kaygı: Sosyal ilişkilerle ilgili maddeler (İnfertiliteyi hatırlatıcı şeylere ve tavsiyelere karşı hassasiyet, aile ve arkadaşları tarafından sorgulanmak, sosyal izolasyon hissi)

- Çocuksuz yaşamın reddi: Çocuk sahibi olmanın mutluluğa yada geleceğe etkileri ile ilgili maddeler (Şu andaki durumuna ya da çocuksuz bir hayata olumsuz bakmak, gelecek ile ilgili memnuniyetini ya da mutluluğunu çocuk sahibi olmaya bağlamak vb.)

- İlişkiler kaygısı: Eşle ilişkiler ile ilgili maddeler (İnfertilite konusunu konuşmada zorlanma, cinsiyet farklılıklarını ayırt etmek vb.)

Alt ölçek puanları toplanarak toplam stres puanı hesaplanır. Envanterden alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan ise 276'dır. Daha yüksek puanlar daha yüksek stres düzeyi ile ilişkilidir. Envanterden elde edilen puanların gösterdiği stres düzeyleri kadınlarda şu şekilde değerlendirilmiştir (107):

- ≤ 110 puan: Düşük stres düzeyi
- 111-185 arası puan: Orta düzeyli stres
- 186-210 arası puan: Orta düzeyde yüksek stres
- ≥ 211 puan: Yüksek düzeyde stres

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

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol) Boivin ve ark. tarafından 2011 yılında geliştirilmiş olup; ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çetinbaş ve ark. tarafından 2014 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçek tüm hayat ve fiziksel sağlıkla ilgili 2 madde, çekirdek olarak 24 madde ve tedavi ile ilişkili 10 maddeyi içeren 36 soru ile yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Ölçeğin 24 sorudan oluşan çekirdek bölümü; her biri altışar sorudan oluşan duygusal, zihin-beden, ilişkisel ve sosyal olmak üzere dört adet alt ölçek içermektedir. Tedavi bölümü ise iki alt ölçek içermekte olup; bunlar tedavi çevresi ve tedavi tolerasyon alt ölçeğidir. Ölçek yanıt puanları 0 ile 4 arasında değişen beşli likert tipi cevaplar içermektedir. FertiQol ölçeği 0 ile 100 arasında puanlandırılır ve daha yüksek puanlar daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir (38). 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 (108). Çalışmamızda FertiQol ölçeğinin tüm hayat ve fiziksel sağlıkla ilgili 2 maddelik bölümü ve 24 maddelik çekirdek bölümü kullanılmış olup; 10 maddeden oluşan tedavi bölümü kullanılmamıştır.

3.2.3. Aile APGAR Ölçeği

Aile işlevselliğini ölçmek için birçok yöntem vardır. Aile işlevlerini pratik olarak değerlendirmeyi sağlayan araçlardan birisi de Smilkstein'in geliştirdiği Aile APGAR'dır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2011 yılında Özcan ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu ölçek hekimlere kişilerin aile işlevi hakkında hızlı bir şekilde fikir edinebilme imkânı sağlayan bir tarama testidir. Kişilerin ailelerinin işlevselliği ile ilgili algılarını ve tutumlarını kapalı uçlu 5 soru ile değerlendirebilmeyi sağlayan bu ölçek aile işlevselliğindeki eksiklik ve zayıflıkları anlamaya, bu konudaki problemlere odaklanmaya yardımcı olmayı sağlamaktadır. Ölçek 5 soruda aile işlevselliğinin beş değişkenini ölçmektedir:

- Uyum sağlama (adaptation)
- Ortaklık (partnership)
- Gelişme (growth)
- Duygulanım (affection)
- Karar verme (resolve)

APGAR kelimesi bu parametrelerin her birinin baş harfinden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir parametre için memnuniyetin sıklığını ifade eden üç farklı seçenek bulunmaktadır. Bunlar 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olacak şekilde sıralanır. Ölçekteki her bir parametreden alınan puanlar toplanarak, toplam puan elde edilir. Alınabilecek puan aralığı 0 ile 10 arasında olmaktadır. Alınan puanın yüksek olması aile işlevselliği memnuniyetinin göstergesidir. Değerlendirme sonucunda alınan puana göre aile işlevselliği 7-10 'aile fonksiyonları yüksek', 4-6 'orta derecede disfonksiyonel', 0-3 'şiddetli disfonksiyonel' olarak tanımlanmaktadır (109).

3.2.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan testtir. İlk kez 1978'de Karl O. Fagerström tarafından geliştirilmiş olup; 1991'de Heatherton ve ark. tarafından düzenlenmiştir (110). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve ark. tarafından 2004 yılında yapılmış ve orta derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçek her biri farklı puanlar alan 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-10 arasında olmaktadır. Ölçekten alınan toplam puana göre 0-3 arası düşük derecede bağımlı, 4-6 arası puan orta derecede bağımlı, 7-10 arası puan yüksek derecede bağımlı olarak kabul edilir (111,112).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışma gözlemsel tipte tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Veriler SPSS 26.0 programında analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik verileri, infertilite ve evlilik ile ilgili verileri, çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verileri, çocuk sahibi olma güçlü konusunda eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verileri, çocuk sahibi olma güçlü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verileri, Doğurganlık Sorunu Envanteri verileri, Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği verileri, Aile APGAR Ölçeği verileri, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi verileriyle ilgili tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ve en küçük-en büyük olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) dışında niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi; normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılım gösterenlerde One Way Anova ve Post-hoc LSD testi; normal dağılım göstermeyenlerde ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. P değeri <0,05 olduğu durumlarda aradaki fark anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Tanımlayıcı kesitsel tipte yapılan bu çalışma Adana Rotary Gürselpaşa 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Adana İsmetpaşa Aile Sağlığı Merkezi, Adana Köprülü Kışla Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı tespit edilen ve ayrıca 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine çocuk istemiyle başvuran infertil kadın hastalar ile gerçekleştirilmiş olup toplam 122 hasta ile yürütüldü. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $32,88 \pm 5,78$ yıl (en küçüğü 20, en büyüğü 48 yıl) idi.

Katılımcılardan 35 (%28,7) kişi düşük eğitim seviyesindeyken, 57 (%46,7) kişi orta eğitim ve 30 (%24,6) kişi ise yüksek eğitim seviyesine sahipti. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumları değerlendirildiğinde 31 (%25,4) kişi düşük eğitim seviyesinde, 59 (%48,4) kişi orta eğitim seviyesinde ve 32 (%26,2) kişi yüksek eğitim seviyesinde idi.

Katılımcıların çalışma durumları sorgulandığında; çalışanlar 44 (%36,1) kişi, çalışmayanlar 78 (%63,9) kişi idi. Çalışmaya katılanların 53'ü (%43,4) düşük gelir düzeyinde, 31'i (%25,4) orta gelir düzeyinde ve 38'i (%31,1) yüksek gelir düzeyinde idi. Katılımcıların aile yapıları sorgulandığında; 107 (%87,7) kişi çekirdek aileye, 15 (%12,3) kişi geniş aileye sahipti.

Tablo 2. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler (n=122)		n	%
Eğitim durumu	Düşük eğitim	35	28,7
	Orta eğitim	57	46,7
	Yüksek eğitim	30	24,6
Eşin eğitim durumu	Düşük eğitim	31	25,4
	Orta eğitim	59	48,4
	Yüksek eğitim	32	26,2
Çalışma durumu	Çalışan	44	36,1
	Çalışmayan	78	63,9
Gelir durumu	Düşük gelir	53	43,4
	Orta gelir	31	25,4
	Yüksek gelir	38	31,1
Aile yapısı	Çekirdek aile	107	87,7
	Geniş aile	15	12,3

Katılımcılardan 102 (%83,6) kişi “Sigara kullanıyor musunuz?” sorusuna hayır yanıtını verirken; 20 (%16,4) kişi evet yanıtını verdi. Sigara kullananların

Fagerst rm Nikotin Bağımlılık Testi ortalama puanı 3,45±2,96 idi. Fagerst rm Nikotin Bağımlılık Testine göre sigara kullanan katılımcıların 11'i (%9) hafif derecede, 5'i (%4,1) orta derecede ve 4'  (%3,3) yüksek derecede bağımlı idi.

Katılımcıların evlilik biçimi sorulduğunda 64'  (%52,5) görücü usulü, 58'i (%47,5) serbest arkadaşlık kurarak idi. Katılımcıların evlilik sayıları sorgulandığında 116 (%95,1) kişinin ilk evliliği, 6 (%4,9) kişinin ikinci evliliği idi.

Tablo 3. Katılımcıların infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verileri-1

(n=122)		n	%
Evlilik biçimi	Görücü usulü	64	52,5
	Serbest arkadaşlık kurarak	58	47,5
Evlilik sayısı	İlk evlilik	116	95,1
	İkinci evlilik	6	4,9

Katılımcıların evlilik süresi 7,43±5,00 (en az:2, en çok:27) yıl idi. Katılımcıların  ocuk istemi süresi 7,12±4,93 (en az:2, en çok:27) yıl idi.

Tablo 4. Katılımcıların infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verileri-2

(n=122)	Ort.±SS*	En küçük	En b���k
Evlilik süresi (yıl)	7,43±5,00	2	27
�ocuk istemi süresi (yıl)	7,12±4,93	2	27

*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Katılımcılardan 91 (%74,6) kişi “Daha önce hiç gebe kaldınız mı?” sorusuna hayır yanıtını verirken 31 (%25,4) kişi evet yanıtını verdi. Katılımcıların infertilite nedeni sorgulandığında 47 (%38,5) kişide kadına bağlı nedenlerle infertilite; 31 (%25,4) kişide erkeğe bağlı nedenlerle infertilite; 17 (%13,9) kişide hem kadına hem erkeğe bağlı nedenlerle infertilite; 27 (%22,1) kişide ise nedeni bilinmeyen infertilite var idi.

Katılımcıların 112'si (%91,8) “şu anda yardımcı üreme teknikleriyle (tüp bebek, aşılama vs) tedavi görüyor musunuz?” sorusuna hayır yanıtını verirken 10'u (%8,2) evet yanıtını verdi. Katılımcıların 51'i (%41,8) “Daha önce yardımcı üreme teknikleriyle (tüp bebek, aşılama vs) tedavi gördünüz m ?” sorusuna hayır yanıtını verirken 71'i (%58,2) evet yanıtını verdi.

Tablo 5. Katılımcıların infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verileri

(n=122)		n	%
Gebe kalma öyküsü	Gebe kalmış olan	31	25,4
	Gebe kalmış olmayan	91	74,6
İnfertilite nedeni	Kadına bağlı	47	38,5
	Erkeğe bağlı	31	25,4
	Hem kadına hem erkeğe bağlı	17	13,9
	Nedeni bilinmeyen	27	22,1
Şu anda yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu	Tedavi görmekte olan	10	8,2
	Tedavi görmekte olmayan	112	91,8
Geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu	Tedavi görmüş olan	71	58,2
	Tedavi görmüş olmayan	51	41,8

Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşadıkları zorluklar beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde sorgulandığında; katılımcıların görmüş oldukları tedavi ve izlem sürecinin aile bütçelerini etkileme durumu ortalama puanı $3,52 \pm 1,18$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=4,805$, $p=0,000$). Katılımcıların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeniyle rahatsız hissetme durumu ortalama puanı $3,21 \pm 1,07$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=2,201$, $p=0,030$). Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ortalama puanı $2,77 \pm 1,05$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t= -2,413$, $p=0,017$). Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle kendilerini dünyada tek başına kalmış gibi hissetme durumu ortalama puanı $2,76 \pm 1,24$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t= -2,106$, $p=0,037$). Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle baskı altında hissetme durumu ortalama puanı $3,24 \pm 1,08$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptandı ($t= 2,423$, $p=0,017$).

Tablo 6. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verileri

Çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklar (n=122)	Ort*.±SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Bütçe etkileme durumu	3,52±1,18	4,805	0,000^{†††}
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	3,21±1,07	2,201	0,030[†]
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	2,77±1,05	-2,413	0,017[†]
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	2,76±1,24	-2,106	0,037[†]
Baskı altında hissetme durumu	3,24±1,08	2,423	0,017[†]

*(1:Hiç, 5: Çok fazla) **Tek örneklemlili t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†] $p<0,05$, ^{†††} $p<0,001$

Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eş desteği ve cinsel yaşamları beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde sorgulandığında; çocuk sahibi olma güçlüğü ile ilgili eş desteğini yetersiz bulma durumu ortalama puanı $2,17 \pm 1,33$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t = -6,854$, $p < 0,001$). Çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ortalama puanı $1,73 \pm 1,17$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t = -11,907$, $p < 0,001$). Çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle cinsel hayatında sorun yaşadığını düşünme durumu ortalama puanı $2,11 \pm 1,03$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t = -9,535$, $p < 0,001$).

Tablo 7. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verileri

Çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eş desteği ve cinsel yaşam (n=122)	Ort.* $\pm$ SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	$2,17 \pm 1,33$	-6,854	0,000 [*]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	$1,73 \pm 1,17$	-11,907	0,000 [*]
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	$2,11 \pm 1,03$	-9,535	0,000 [*]

*(1:Hiç, 5: Çok fazla) **Tek örneklemlili t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. ^{*} $p < 0,001$

Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde sorgulandığında; çocuk sahibi olma güçlüğü ile ilgili aile desteğini yetersiz bulma durumu ortalama puanı $2,25 \pm 1,21$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t = -6,771$, $p < 0,001$). Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü ile ilgili arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ortalama puanı $2,17 \pm 1,16$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t = -7,869$, $p < 0,001$). Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ortalama puanı $2,35 \pm 1,22$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t = -5,834$, $p < 0,001$). Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle hamile ve/veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ortalama puanı $2,58 \pm 1,34$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandı ($t = -3,442$, $p = 0,001$).

Tablo 8. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verileri

Çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği (n=122)	Ort. $\pm$ SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	2,25 $\pm$ 1,21	-6,771	0,000 ^{††}
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	2,17 $\pm$ 1,16	-7,869	0,000 ^{††}
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	2,35 $\pm$ 1,22	-5,834	0,000 ^{††}
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	2,58 $\pm$ 1,34	-3,442	0,001 [†]

^{*}(1:Hiç, 5: Çok fazla) ^{**}Tek örneklemlili t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†]p<0,01, ^{††}p<0,001

Katılımcılara uygulanan Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı 154,33 $\pm$ 56,26 olarak bulunurken; cinsel kaygı alt boyutunun ortalama puanı 28,32 $\pm$ 14,26; ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunun ortalama puanı 48,21 $\pm$ 13,97; sosyal kaygı alt boyutunun ortalama puanı 28,89 $\pm$ 12,01; çocuksuz yaşamın reddi alt boyutunun ortalama puanı 33,18 $\pm$ 11,35; ilişkiler kaygısı alt boyutunun ortalama puanı 15,72 $\pm$ 10,51 olarak hesaplandı.

Tablo 9. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanları

Doğurganlık Sorunu Envanteri (n=122)	Ort. $\pm$ SS
Cinsel kaygı alt boyutu	28,32 $\pm$ 14,26
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	48,21 $\pm$ 13,97
Sosyal kaygı alt boyutu	28,89 $\pm$ 12,01
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	33,18 $\pm$ 11,35
İlişkiler kaygısı alt boyutu	15,72 $\pm$ 10,51
Toplam	154,33 $\pm$ 56,26

Katılımcıları Doğurganlık Sorunu Envanteri ortalama puanına göre sınıflandırdığımızda 30 (%24,6) kişinin düşük düzeyli stres; 48 (%39,3) kişinin orta düzeyli stres; 19 (%15,6) kişinin orta yüksek düzeyli stres; 25 (%20,5) kişinin yüksek düzeyli stres grubunda olduğu görüldü.

Tablo 10. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanına göre sınıflandırılması

Stres düzeyi	DSE Puanı	n	%
Düşük düzeyli stres	≤ 110	30	24,6
Orta düzeyli stres	111-185	48	39,3
Orta yüksek düzeyli stres	186-210	19	15,6
Yüksek düzeyli stres	≥ 211	25	20,5

Katılımcılara yaşam kalitesini değerlendirmek için Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) uygulandı. Birinci soru olan genel sağlık algısı sorusuna beşli likert tipinde (1 çok kötü, 5 çok iyi) verilen

yanıtların ortalama skoru $3,74 \pm 0,58$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=13,896$, $p<0,001$). 2. Soru olan genel hayat kalitesi sorusuna beşli likert tipinde (1 hiç memnun değilim, 5 çok memnunum) verilen yanıtların ortalama skoru $2,89 \pm 0,98$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($t=-1,292$, $p=0,199$).

Tablo 11. Katılımcıların yaşam kalitesi ile ilgili bazı verileri

(n=122)	Ort. $\pm$ SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Genel sağlık algısı	3,74 $\pm$ 0,58	13,896	0,000 [†]
Genel hayat kalitesi	2,89 $\pm$ 0,98	-1,292	0,199

*(1: En az, 5: En çok) **Tek örneklemlili t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†]p<0,001

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) çekirdek bölüm toplam ortalama puanı $59,43 \pm 19,95$ olarak bulunurken; duygusal alt boyutunun ortalama puanı $53,96 \pm 19,57$; zihin/beden alt boyutunun ortalama puanı $63,21 \pm 20,24$; ilişkisel alt boyutunun ortalama puanı $63,18 \pm 27,57$; sosyal alt boyutunun ortalama puanı $57,37 \pm 22,95$ olarak hesaplandı.

Tablo 12. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanları

(n=122)	Ort. $\pm$ SS
FertiQol duygusal alt boyut	53,96 $\pm$ 19,57
FertiQol zihin/beden alt boyut	63,21 $\pm$ 20,24
FertiQol ilişkisel alt boyut	63,18 $\pm$ 27,57
FertiQol sosyal alt boyut	57,37 $\pm$ 22,95
FertiQol çekirdek bölüm	59,43 $\pm$ 19,95

Çalışmaya katılan bireylerin Aile APGAR ölçeği ortalama puanı $6,52 \pm 2,98$ olup en az alınan puan 0, en fazla alınan puan ise 10 idi. Katılımcıları Aile APGAR ölçeği puanına göre sınıflandırdığımızda; 29 (%23,8) kişinin şiddetli disfonksiyonel aileye, 23 (%18,9) kişinin orta derecede disfonksiyonel aileye, 70 (%57,4) kişinin yüksek fonksiyonel aileye sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanına göre sınıflandırılması

(n=122)	Aile APGAR puanı	n	%
Şiddetli disfonksiyonel	0-3	29	23,8
Orta derecede disfonksiyonel	4-6	23	18,9
Yüksek fonksiyonel	7-10	70	57,4

Katılımcıların yaşları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($F=0,085$, $p=0,919$). Katılımcıların eğitim durumları ile infertilite ve evlilik ile ilgili verilerinin karşılaştırılmasına göre; evlilik süresi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=6,859$, $p=0,002$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanların; orta ($p=0,003$) ve yüksek ($p=0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre evlilik süresi anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,395$).

Tablo 14. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Eğitim durumu			F*	p
	Düşük (n=35) Ort.±SS	Orta (n=57) Ort.±SS	Yüksek (n=30) Ort.±SS		
Yaş	32,54±7,04	33,05±5,58	32,93±4,56	0,085	0,919
Evlilik süresi (yıl)	9,89±6,65	6,75±3,72	5,83±3,88	6,859	0,002 [†]
Çocuk istemi süresi (yıl)	9,71±6,52	6,58±3,61	5,13±3,66	8,580	0,000 ^{††}

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,01$ ^{††} $p<0,001$

Tablo 15. Katılımcıların infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Evlilik süresi (yıl)	Düşük eğitim	Orta eğitim	3,131	0,003 [†]
		Yüksek eğitim	4,052	0,001 [†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-3,131	0,003 [†]
		Yüksek eğitim	0,921	0,395
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-4,052	0,001 [†]
		Orta eğitim	-0,921	0,395
Çocuk istemi süresi (yıl)	Düşük eğitim	Orta eğitim	3,135	0,002 [†]
		Yüksek eğitim	4,581	0,000 ^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-3,135	0,002 [†]
		Yüksek eğitim	1,446	0,170
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-4,581	0,000 ^{††}
		Orta eğitim	-1,446	0,170

*Post-Hoc LSD testi kullanılmıştır. [†] $p<0,01$, ^{††} $p<0,001$

Katılımcıların çocuk istemi süresi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=8,580$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanların; orta ($p=0,002$) ve yüksek ($p<0,001$) eğitim

seviyesine sahip olanlara göre çocuk istemi süresi anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,170$).

Katılımcıların eğitim durumları ile çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; bütçe etkileme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=29,072$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre bütçe etkileme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,597$).

Tablo 16. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Eğitim durumu			F**	p
	Düşük (n=35) Ort. ±SS	Orta (n=57) Ort. ±SS	Yüksek (n=30) Ort. ±SS		
Bütçe etkileme durumu	3,97±1,15	3,86±0,99	2,33±0,71	29,072	0,000 ^{††}
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	3,63±1,03	3,26±1,02	2,63±0,96	7,922	0,001 [†]
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	3,31±0,93	2,82±1,03	2,03±0,76	14,947	0,000 ^{††}
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	3,60±0,94	2,84±1,16	1,63±0,80	30,078	0,000 ^{††}
Baskı altında hissetme durumu	3,77±0,97	3,21±1,09	2,±0,88	9,629	0,000 ^{††}

[†](1:Hiç, 5: Çok fazla) **One Way ANOVA testi kullanılmıştır. $p^{\dagger}<0,01$, $p^{\dagger\dagger}<0,001$

Tablo 17. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Bütçe etkileme durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,112	0,597
		Yüksek eğitim	1,638	0,000 ^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,112	0,597
		Yüksek eğitim	1,526	0,000 ^{†††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,638	0,000 ^{†††}
		Orta eğitim	-1,526	0,000 ^{†††}
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,365	0,096
		Yüksek eğitim	0,995	0,000 ^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,365	0,096
		Yüksek eğitim	0,630	0,007 ^{††}

Tablo 17'nin devamı

	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-0,995	0,000 ^{†††}
		Orta eğitim	-0,630	0,007 ^{††}
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,490	0,018 [†]
		Yüksek eğitim	1,281	0,000 ^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,490	0,018 [†]
		Yüksek eğitim	0,791	0,000 ^{†††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,281	0,000 ^{†††}
		Orta eğitim	-0,791	0,000 ^{†††}
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,758	0,001 ^{††}
		Yüksek eğitim	1,967	0,000 ^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,758	0,001 ^{††}
		Yüksek eğitim	1,209	0,000 ^{†††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,967	0,000 ^{†††}
		Orta eğitim	-1,209	0,000 ^{†††}
Baskı altında hissetme durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,561	0,011 [†]
		Yüksek eğitim	1,105	0,000 ^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,561	0,011 [†]
		Yüksek eğitim	0,544	0,019 [†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,105	0,000 ^{†††}
		Orta eğitim	-0,544	0,019 [†]

*Post-Hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05 ^{††}p<0,01, ^{†††}p<0,001

Katılımcıların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=7,922, p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,007) eğitim seviyesine sahip olanlara göre geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi düşük veya orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,096). Katılımcıların hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=14,497, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p<0,001) eğitim seviyesine sahip olanlara göre hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (p=0,018). Katılımcıların tek başına kalmış gibi hissetme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=30,078, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek

eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre tek başına kalmış gibi hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre tek başına kalmış gibi hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,001$). Katılımcıların baskı altında hissetme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=9,629$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,019$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre baskı altında hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre baskı altında hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,011$).

Katılımcıların eğitim durumları ile eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin ilgili beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; eş desteğini yetersiz bulma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=25,095$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre eş desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre eş desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Tablo 18. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Eğitim durumu			F**	p
	Düşük (n=35) Ort.*±SS	Orta (n=57) Ort.*±SS	Yüksek (n=30) Ort.*±SS		
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	3,17±1,50	2,07±1,11	1,20±0,40	25,095	0,000 [†]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	2,74±1,35	1,49±0,94	1,00±0,00	29,053	0,000 [†]
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	2,71±0,98	2,11±1,01	1,40±0,62	16,323	0,000 [†]

* (1: Hiç, 5: Çok fazla) ** One Way ANOVA testi kullanılmıştır. $p^{\dagger} < 0,001$

Tablo 19. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	1,101	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	1,971	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-1,101	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	0,870	0,001 ^{**}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,971	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-0,870	0,001 ^{**}
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	1,252	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	1,743	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-1,252	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	0,491	0,027 [*]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,743	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-0,491	0,027 [*]
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,609	0,003 ^{**}
		Yüksek eğitim	1,314	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,609	0,003 ^{**}
		Yüksek eğitim	0,705	0,001 ^{**}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,314	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-0,705	0,001 ^{**}

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ^{*}p<0,05, ^{**}p<0,01, ^{***}p<0,001.

Katılımcıların eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=29,053, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,027) eğitim seviyesine sahip olanlara göre eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (p<0,001). Katılımcıların cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=16,323, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,001) eğitim seviyesine sahip olanlara göre cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (p=0,003).

Katılımcıların eğitim durumları ile çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; katılımcıların aile desteğini yetersiz bulma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=14,541$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,005$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre aile desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre aile desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,002$).

Tablo 20. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Eğitim durumu			F**	p
	Düşük (n=35) Ort. $\pm$ SS	Orta (n=57) Ort. $\pm$ SS	Yüksek (n=30) Ort. $\pm$ SS		
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	2,97 $\pm$ 1,22	2,21 $\pm$ 1,14	1,50 $\pm$ 0,82	14,541	0,000 [†]
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	2,83 $\pm$ 1,17	2,09 $\pm$ 1,12	1,57 $\pm$ 0,81	11,511	0,000 [†]
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	3,20 $\pm$ 1,25	2,28 $\pm$ 1,06	1,50 $\pm$ 0,77	20,879	0,000 [†]
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	3,23 $\pm$ 1,39	2,63 $\pm$ 1,27	1,73 $\pm$ 0,90	11,939	0,000 [†]

* (1: Çok fazla, 5: Hiç) **One Way ANOVA testi kullanılmıştır. $p^{\dagger}<0,001$

Tablo 21. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,761	0,002 ^{††}
		Yüksek eğitim	1,471	0,000 ^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,761	0,002 ^{††}
		Yüksek eğitim	0,711	0,005 ^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,471	0,000 ^{†††}
		Orta eğitim	-0,711	0,005 ^{††}
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,741	0,002 ^{††}
		Yüksek eğitim	1,262	0,000 ^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,741	0,002 ^{††}
		Yüksek eğitim	0,521	0,033 [†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,262	0,000 ^{†††}
		Orta eğitim	-0,521	0,033 [†]

Tablo 21'in devamı

Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,919	0,000^{†††}
		Yüksek eğitim	1,700	0,000^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,919	0,000^{†††}
		Yüksek eğitim	0,781	0,001^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,700	0,000^{†††}
		Orta eğitim	-0,781	0,001^{††}
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,597	0,026[†]
		Yüksek eğitim	1,495	0,000^{†††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,597	0,026[†]
		Yüksek eğitim	0,898	0,002^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,495	0,000^{†††}
		Orta eğitim	-0,898	0,002^{††}

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01, ^{†††}p<0,001.

Katılımcıların arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=11,511, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,033) eğitim seviyesine sahip olanlara göre arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (p=0,002). Katılımcıların aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=20,879, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,001) eğitim seviyesine sahip olanlara göre aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (p<0,001). Katılımcıların hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=11,939, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,002) eğitim seviyesine sahip olanlara göre hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanların

ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,026$).

Katılımcıların eğitim durumları ile Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyutları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; cinsel kaygı alt boyutu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=23,136$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanların; orta ($p<0,001$) ve yüksek ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Tablo 22. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Eğitim durumu			F*	p
	Düşük (n=35) Ort.±SS	Orta (n=57) Ort.±SS	Yüksek (n=30) Ort.±SS		
Cinsel kaygı alt boyutu	38,09±14,20	28,05±12,70	17,43±7,76	23,136	0,000 [†]
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	57,46±10,30	49,63±10,71	34,73±13,18	33,771	0,000 [†]
Sosyal kaygı alt boyutu	34,97±10,72	29,54±11,32	20,57±10,13	14,359	0,000 [†]
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	40,60±7,84	34,28±10,10	22,43±8,97	32,026	0,000 [†]
İlişkiler kaygısı alt boyutu	22,77±11,72	15,28±9,25	8,33±4,31	20,159	0,000 [†]
Toplam	193,89±49,72	156,79±47,49	103,50±37,18	31,504	0,000[†]

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Tablo 23. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Cinsel kaygı alt boyutu	Düşük eğitim	Orta eğitim	10,033	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	20,652	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-10,033	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	10,619	0,000 ^{***}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-20,652	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-10,619	0,000 ^{***}
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	Düşük eğitim	Orta eğitim	7,826	0,002 ^{**}
		Yüksek eğitim	22,724	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-7,826	0,002 ^{**}
		Yüksek eğitim	14,898	0,000 ^{***}

Tablo 23'ün devamı

	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-22,724	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-14,898	0,000 ^{***}
Sosyal kaygı alt boyutu	Düşük eğitim	Orta eğitim	5,428	0,022 ⁺
		Yüksek eğitim	14,405	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-5,428	0,022 ⁺
		Yüksek eğitim	8,977	0,000 ^{***}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-14,405	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-8,977	0,000 ^{***}
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	Düşük eğitim	Orta eğitim	6,319	0,002 ^{**}
		Yüksek eğitim	18,167	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-6,319	0,002 ^{**}
		Yüksek eğitim	11,847	0,000 ^{***}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-18,167	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-11,847	0,000 ^{***}
İlişkiler kaygısı alt boyutu	Düşük eğitim	Orta eğitim	7,491	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	14,438	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-7,491	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	6,947	0,001 ^{**}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-14,438	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-6,947	0,001 ^{**}
Toplam	Düşük eğitim	Orta eğitim	37,096	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	90,386	0,000 ^{***}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-37,096	0,000 ^{***}
		Yüksek eğitim	53,289	0,000 ^{***}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-90,386	0,000 ^{***}
		Orta eğitim	-53,289	0,000 ^{***}

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ^{**}p<0,01, ^{***}p<0,001.

Katılımcıların ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=33,771$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanların; orta ($p=0,002$) ve yüksek ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Katılımcıların sosyal kaygı alt boyutu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=14,359$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanların; orta ($p=0,022$) ve yüksek ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

($p<0,001$). Katılımcıların çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=32,026$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanların; orta ($p=0,002$) ve yüksek ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Katılımcıların ilişkiler kaygısı alt boyutu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=20,159$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanların; orta ($p<0,001$) ve yüksek ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,001$). Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=31,504$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanların; orta ($p<0,001$) ve yüksek ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) 1. soru (genel sağlık algısı) ve 2. sorusuna (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları beşli likert tipinde eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında; 1. soru (genel sağlık algısı) ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=4,460$, $p=0,014$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre 1. soru (genel sağlık algısı) ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,003$). Eğitim seviyesi orta olanlar ile düşük ($p=0,116$) veya yüksek ($p=0,077$)

olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Katılımcıların 2. soru (genel hayat kalitesi) ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=17,559$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,003$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre 2. soru (genel hayat kalitesi) ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise düşük ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre 2. soru (genel hayat kalitesi) ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Tablo 24. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Eğitim durumu			F*	p
	Düşük (n=35) Ort.±SS	Orta (n=57) Ort.±SS	Yüksek (n=30) Ort.±SS		
Genel sağlık algısı	3,54±0,65	3,74±0,48	3,97±0,61	4,460	0,014 [†]
Genel hayat kalitesi	2,26±0,95	2,93±0,92	3,53±0,62	17,559	0,000 ^{††}
FertiQol duygusal alt boyut	43,21±18,33	54,24±17,43	65,97±18,11	13,121	0,000 ^{††}
FertiQol zihin/beden alt boyut	51,42±17,38	63,52±18,77	76,38±18,09	15,175	0,000 ^{††}
FertiQol ilişkisel alt boyut	43,09±28,81	63,59±23,52	85,83±10,58	28,122	0,000 ^{††}
FertiQol sosyal alt boyut	43,21±22,71	57,01±19,95	74,58±16,60	19,789	0,000 ^{††}
FertiQol çekirdek bölüm	45,23±18,89	59,59±17,03	75,69±12,84	26,880	0,000 ^{††}

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,001$

Tablo 25. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	P*
Genel sağlık algısı	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,194	0,116
		Yüksek eğitim	-0,424	0,003 [†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,194	0,116
		Yüksek eğitim	-0,230	0,077
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,424	0,003 [†]
		Orta eğitim	0,230	0,077
Genel hayat kalitesi	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,673	0,000 ^{††}
		Yüksek eğitim	-1,276	0,000 ^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,673	0,000 ^{††}
		Yüksek eğitim	-0,604	0,003 [†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,276	0,000 ^{††}
		Orta eğitim	0,604	0,003 [†]
FertiQol duygusal alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-11,025	0,005 [†]
		Yüksek eğitim	-22,757	0,000 ^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	11,025	0,005 [†]
		Yüksek eğitim	-11,731	0,004 [†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	22,757	0,000 ^{††}
		Orta eğitim	11,731	0,004 [†]

Tablo 25'in devamı

FertiQol zihin/beden alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-12,094	0,002[†]
		Yüksek eğitim	-24,960	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	12,094	0,002[†]
		Yüksek eğitim	-12,865	0,002[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	24,960	0,000^{††}
		Orta eğitim	12,865	0,002[†]
FertiQol ilişkisel alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-20,501	0,000^{††}
		Yüksek eğitim	-42,737	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	20,501	0,000^{††}
		Yüksek eğitim	-22,235	0,000^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	42,737	0,000^{††}
		Orta eğitim	22,235	0,000^{††}
FertiQol sosyal alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-13,803	0,002[†]
		Yüksek eğitim	-31,368	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	13,803	0,002[†]
		Yüksek eğitim	-17,564	0,000^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	31,368	0,000^{††}
		Orta eğitim	17,564	0,000^{††}
FertiQol çekirdek bölüm	Düşük eğitim	Orta eğitim	-14,356	0,000^{††}
		Yüksek eğitim	-30,457	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	14,356	0,000^{††}
		Yüksek eğitim	-16,100	0,000^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	30,457	0,000^{††}
		Orta eğitim	16,100	0,000^{††}

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır., [†]p<0,01, ^{††}p<0,001.

Katılımcıların eğitim durumu ile Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) alt boyut ve çekirdek bölüm toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; katılımcıların duygusal alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=13,121$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,004$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre duygusal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre duygusal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,005$). Katılımcıların zihin/beden alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=15,175$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,002$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre zihin/beden alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre

zihin/beden alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,002$). Katılımcıların ilişkisel alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=28,121$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre ilişkisel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre ilişkisel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=19,789$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,002$). Katılımcıların FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=26,880$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=37,156$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta eğitim seviyesine sahip olanların ise düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Tablo 26. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Eğitim durumu			F*	p
	Düşük (n=35) Ort.±SS	Orta (n=57) Ort.±SS	Yüksek (n=30) Ort.±SS		
Aile APGAR toplam puanı	4,11±2,96	6,60±2,38	9,17±1,23	37,156	0,000[†]

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] p<0,001

Tablo 27. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Aile APGAR toplam puanı	Düşük eğitim	Orta eğitim	-2,482	0,000[†]
		Yüksek eğitim	-5,052	0,000[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	2,482	0,000[†]
		Yüksek eğitim	-2,570	0,000[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	5,052	0,000[†]
		Orta eğitim	2,570	0,000[†]

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†] p<0,001.

Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılmasına göre; çalışanların yaş ortalaması (34,34±4,76), çalışmayanların yaş ortalamasına (32,05±6,15) göre anlamlı olarak yüksekti (t=2,131, p=0,035). Katılımcılardan çalışanların evlilik süresi (6,32±3,86), çalışmayanların evlilik süresine (8,05±5,47) göre anlamlı olarak düşüktü (t=-2,038, p=0,044). Çalışanların çocuk istemi süresi (5,91±3,77), çalışmayanların çocuk istemi süresine (7,81±5,37) göre anlamlı olarak düşüktü (t=-2,070, p=0,041).

Tablo 28. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Çalışan (n=44) Ort.±SS	Çalışmayan (n=78) Ort.±SS	t*	p
Yaş	34,34±4,76	32,05±6,15	2,131	0,035[†]
Evlilik süresi (yıl)	6,32±3,86	8,05±5,47	-2,038	0,044[†]
Çocuk istemi süresi (yıl)	5,91±3,77	7,81±5,37	-2,070	0,041[†]

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] p<0,05

Katılımcıların çalışma durumları ile çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin ilgili beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; çalışanların bütçe etkileme durumu (3,05±1,18) çalışmayanlara (3,78±1,11) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (t=-3,435,

p=0,001). Katılımcılardan çalışanların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu (2,89±0,99) çalışmayanlara (3,40±1,07) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (t=-2,593, p=0,011).

Tablo 29. Katılımcıların çocuk sahibi olma güclüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Çalışan (n=44) Ort.±SS	Çalışmayan (n=78) Ort.±SS	t**	p
Bütçe etkileme durumu	3,05±1,18	3,78±1,11	-3,435	0,001 ^{††}
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	2,89±0,99	3,40±1,07	-2,593	0,011 [†]
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	2,39±0,94	2,99±1,05	-3,142	0,002 ^{††}
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	2,11±1,10	3,13±1,17	-4,673	0,000 ^{†††}
Baskı altında hissetme durumu	2,80±0,95	3,49±1,07	-3,543	0,001 ^{††}

*(1:Hiç, 5: Çok fazla) **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01, ^{†††}p<0,001.

Katılımcılardan çalışanların hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu (2,39±0,94) çalışmayanlara (2,99±1,05) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (t=-3,142, p=0,002). Katılımcılardan çalışanların tek başına kalmış gibi hissetme durumu (2,11±1,10) çalışmayanlara (3,13±1,17) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (t=-4,673, p<0,001). Katılımcılardan çalışanların baskı altında hissetme durumu (2,80±0,95) çalışmayanlara (3,49±1,07) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (t=-3,543, p=0,001).

Katılımcıların çalışma durumları ile eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; çalışanların eş desteğini yetersiz bulma durumu (1,52±0,76) çalışmayanlara (2,54±1,44) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (t=-4,323, p<0,001).

Tablo 30. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Çalışan (n=44) Ort.±SS	Çalışmayan (n=78) Ort.±SS	t**	p
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	1,52±0,76	2,54±1,44	-4,323	0,000 [†]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	1,07±0,33	2,10±1,31	-5,116	0,000 [†]
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	1,59±0,78	2,40±1,04	-4,441	0,000 [†]

*(1:Hiç, 5: Çok fazla) **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Katılımcılardan çalışanların eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ($1,07\pm0,33$) çalışmayanlara ($2,10\pm1,31$) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($t=-5,116$, $p<0,001$).

Katılımcılardan çalışanların cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ($1,59\pm0,78$) çalışmayanlara ($2,40\pm1,04$) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($t=-4,441$, $p<0,001$).

Katılımcıların çalışma durumları ile çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; çalışanların aile desteğini yetersiz bulma durumu ($1,89\pm0,99$) çalışmayanlara ($2,46\pm1,28$) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($t=-2,564$, $p=0,012$).

Tablo 31. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Çalışan (n=44) Ort. $\pm$ SS	Çalışmayan (n=78) Ort. $\pm$ SS	t**	p
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	1,89 $\pm$ 0,99	2,46 $\pm$ 1,28	-2,564	0,012 [†]
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	1,80 $\pm$ 0,97	2,38 $\pm$ 1,20	-2,762	0,007 ^{††}
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	1,89 $\pm$ 0,94	2,62 $\pm$ 1,29	-3,279	0,001 ^{††}
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	2,25 $\pm$ 1,16	2,77 $\pm$ 1,40	-2,081	0,040 [†]

[†](1:Hiç, 5: Çok fazla) ^{††}İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcılardan çalışanların arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ($1,80\pm0,97$) çalışmayanlara ($2,38\pm1,20$) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($t=-2,762$, $p=0,007$). Katılımcılardan çalışanların aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ($1,89\pm0,94$) çalışmayanlara ($2,62\pm1,29$) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($t=-3,279$, $p=0,001$). Katılımcılardan çalışanların hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ($2,25\pm1,16$) çalışmayanlara ($2,77\pm1,40$) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($t=-2,081$, $p=0,040$).

Katılımcıların çalışma durumları ile Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyutları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı çalışanlarda ($20,80\pm10,78$), çalışmayanlara ($32,56\pm14,29$) göre anlamlı olarak düşüktü ($t=-4,748$, $p<0,001$).

Tablo 32. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Çalışan (n=44) Ort.±SS	Çalışmayan (n=78) Ort.±SS	t*	p
Cinsel kaygı alt boyutu	20,80±10,78	32,56±14,29	-4,748	0,000 ^{††}
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	39,95±14,93	52,87±11,02	-5,454	0,000 ^{††}
Sosyal kaygı alt boyutu	25,73±11,95	30,68±11,75	-2,221	0,028 [†]
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	25,98±10,40	37,24±9,79	-5,967	0,000 ^{††}
İlişkiler kaygısı alt boyutu	10,39±5,86	18,73±11,36	-4,535	0,000 ^{††}
Toplam	122,84±48,22	172,09±52,82	-5,099	0,000 ^{††}

*İki örneklemlı t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,001

Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı çalışanlarda (39,95±14,93), çalışmayanlara (52,87±11,02) göre anlamlı olarak düşüktü (t=-5,454, p<0,001). Sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı çalışanlarda (25,73±11,95), çalışmayanlara (30,68±11,75) göre anlamlı olarak düşüktü (t=-2,221, p=0,028). Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı çalışanlarda (25,98±10,40), çalışmayanlara (37,24±9,79) göre anlamlı olarak düşüktü (t=-5,967, p<0,001). İlişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanı çalışanlarda (10,39±5,86), çalışmayanlara (18,73±11,36) göre anlamlı olarak düşüktü (t=-4,535, p<0,001). Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı çalışanlarda (122,84±48,22), çalışmayanlara (172,09±52,82) göre anlamlı olarak düşüktü (t=-5,099, p<0,001).

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) 1. soru (genel sağlık algısı) ve 2. sorusuna (genel yaşam kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları beşli likert tipinde çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında; 1. soruya (genel sağlık algısı) verilen yanıtların ortalama puanları çalışanlarda (3,93±0,54), çalışmayanlara (3,63±0,58) göre anlamlı olarak yüksekti (t=2,824, p=0,006). Katılımcıların 2. soruya (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları çalışanlarda (3,36±0,78), çalışmayanlara (2,62±0,98) göre anlamlı olarak yüksekti (t=4,334, p<0,001). Katılımcıların çalışma durumları ile Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) alt boyut ve çekirdek bölüm toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; duygusal alt boyut ortalama puanı çalışanlarda (62,40±18,11), çalışmayanlara (49,19±18,83) göre anlamlı olarak yüksekti (t=3,769, p<0,001).

Tablo 33. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Çalışan (n=44) Ort.±SS	Çalışmayan (n=78) Ort.±SS	t*	p
Genel sağlık algısı	3,93±0,54	3,63±0,58	2,824	0,006 [†]
Genel hayat kalitesi	3,36±0,78	2,62±0,98	4,334	0,000 ^{††}
FertiQol duygusal alt boyut	62,40±18,11	49,19±18,83	3,769	0,000 ^{††}
FertiQol zihin/beden alt boyut	73,10±18,22	57,63±19,25	4,342	0,000 ^{††}
FertiQol ilişkisel alt boyut	78,31±16,16	54,64±29,05	4,980	0,000 ^{††}
FertiQol sosyal alt boyut	66,19±20,65	52,40±22,80	3,315	0,001 [†]
FertiQol çekirdek bölüm	70,00±15,80	53,47±19,65	4,775	0,000 ^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,01, ^{††}p<0,001

Zihin/beden alt boyut ortalama puanı çalışanlarda (73,10±18,22), çalışmayanlara (57,63±19,25) göre anlamlı olarak yüksekti (t=4,342, p<0,001). İlişkisel alt boyut ortalama puanı çalışanlarda (78,31±16,16), çalışmayanlara (54,64±29,05) göre anlamlı olarak yüksekti (t=4,980, p<0,001). Sosyal alt boyut ortalama puanı çalışanlarda (66,19±20,65), çalışmayanlara (52,40±22,80) göre anlamlı olarak yüksekti (t=3,315, p=0,001). FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı çalışanlarda (70,00±15,80), çalışmayanlara (53,47±19,65) göre anlamlı olarak yüksekti (t=4,775, p<0,001).

Katılımcıların çalışma durumu ile Aile Apgar Ölçeği toplam ortalama puanı karşılaştırıldığında; çalışanların toplam ortalama puanı (8,23±1,92) çalışmayanlara göre (5,55±3,04) anlamlı olarak yüksek bulundu (t=5,262, p<0,001).

Tablo 34. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği toplam puanının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Çalışan (n=44) Ort.±SS	Çalışmayan (n=78) Ort.±SS	t*	p
Aile APGAR toplam puanı	8,23±1,92	5,55±3,04	5,262	0,000 [†]

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Katılımcıların gelir durumları ile yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili verilerinin karşılaştırılmasına göre; yaş (F=2,642, p=0,075), evlilik süresi (F=0,765, p=0,467) ve çocuk istemi süresi (F=1,280, p=0,282) ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 35. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Gelir durumu			F*	p
	Düşük (n=53) Ort.±SS	Orta (n=31) Ort.±SS	Yüksek (n=38) Ort.±SS		
Yaş	31,57±6,39	34,32±5,04	33,53±5,15	2,642	0,075
Evlilik süresi (yıl)	8,00±5,83	7,35±3,98	6,68±4,50	0,765	0,467
Çocuk istemi süresi (yıl)	7,83±5,71	7,10±3,88	6,16±4,44	1,280	0,282

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Katılımcıların gelir durumları ile çocuk sahibi olma gücü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; bütçe etkileme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=16,376$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre bütçe etkileme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Gelir düzeyi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,360$).

Tablo 36. Katılımcıların çocuk sahibi olma gücü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Gelir durumu			F**	p
	Düşük (n=53) Ort.*±SS	Orta (n=31) Ort.±SS	Yüksek (n=38) Ort.±SS		
Bütçe etkileme durumu	3,96±1,10	3,74±1,03	2,71±1,01	16,376	0,000 [†]
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	3,77±0,93	2,87±0,99	2,71±0,95	16,371	0,000 [†]
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	3,36±0,85	2,61±1,05	2,08±0,81	23,024	0,000 [†]
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	3,47±1,03	2,81±1,07	1,74±0,92	32,683	0,000 [†]
Baskı altında hissetme durumu	3,75±1,01	3,06±0,92	2,66±0,96	14,517	0,000 [†]

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Tablo 37. Katılımcıların çocuk sahibi olma gücü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Bütçe etkileme durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,220	0,360
		Yüksek gelir	1,252	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,220	0,360
		Yüksek gelir	1,031	0,000 ^{†††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,252	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-1,031	0,000 ^{†††}

Tablo 37'nin devamı

Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,903	0,000^{†††}
		Yüksek gelir	1,063	0,000^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,903	0,000^{†††}
		Yüksek gelir	0,160	0,489
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,063	0,000^{†††}
		Orta gelir	-0,160	0,489
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,746	0,000^{†††}
		Yüksek gelir	1,280	0,000^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,746	0,000^{†††}
		Yüksek gelir	0,534	0,016[†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,280	0,000^{†††}
		Orta gelir	-0,534	0,016[†]
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,665	0,004^{††}
		Yüksek gelir	1,735	0,000^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,665	0,004^{††}
		Yüksek gelir	1,070	0,000^{†††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,735	0,000^{†††}
		Orta gelir	-1,070	0,000^{†††}
Baskı altında hissetme durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,690	0,002^{††}
		Yüksek gelir	1,097	0,000^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,690	0,002^{††}
		Yüksek gelir	0,407	0,089
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,097	0,000^{†††}
		Orta gelir	-0,407	0,089

^{††}Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01, ^{†††}p<0,001.

Katılımcıların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=16,371, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta (p<0,001) ve yüksek (p<0,001) gelir düzeyine sahip olanlara göre geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,489). Katılımcıların hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=23,024, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta (p<0,001) ve yüksek (p<0,001) gelir düzeyine sahip olanlara göre hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta olanların yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,016). Katılımcıların tek başına kalmış gibi

hissetme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F= 32,683$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre tek başına kalmış gibi hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Gelir düzeyi orta olanların düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre tek başına kalmış gibi hissetme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,004$). Katılımcıların baskı altında hissetme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F= 14,517$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta ($p=0,002$) ve yüksek ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre baskı altında hissetme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,089$).

Katılımcıların gelir durumları ile eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin ilgili beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; eş desteğini yetersiz bulma durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=30,631$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,007$) gelir düzeyine sahip olanlara göre eş desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Gelir düzeyi orta olanların düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre eş desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Tablo 38. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Gelir durumu			F**	p
	Düşük (n=53) Ort. ±SS	Orta (n=31) Ort. ±SS	Yüksek (n=38) Ort. ±SS		
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	3,00±1,41	1,94±1,03	1,21±0,41	30,631	0,000 [†]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	2,51±1,36	1,29±0,64	1,00±0,00	31,717	0,000 [†]
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	2,66±1,03	2,00±0,89	1,42±0,64	21,552	0,000 [†]

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Tablo 39. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)	P
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	Düşük gelir	Orta gelir	1,065	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	1,789	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-1,065	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	0,725	0,007 [†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,789	0,000 ^{††}
		Orta gelir	-0,725	0,007 [†]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	Düşük gelir	Orta gelir	1,219	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	1,509	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-1,219	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	0,290	0,214
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,509	0,000 ^{††}
		Orta gelir	-0,290	0,214
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,660	0,001 [†]
		Yüksek gelir	1,239	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,660	0,001 [†]
		Yüksek gelir	0,579	0,009 [†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,239	0,000 ^{††}
		Orta gelir	-0,579	0,009 [†]

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,01, ^{††}p<0,001.

Katılımcıların eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F= 31,717, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta (p<0,001) ve yüksek (p<0,001) gelir düzeyine sahip olanlara göre eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,214). Katılımcıların cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F= 21,552, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,009) gelir düzeyine sahip olanlara göre cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu. Gelir düzeyi orta olanların düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (p=0,001).

Katılımcıların gelir durumları ile çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; katılımcıların aile desteğini yetersiz bulma durumu ile gelir

durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=12,864$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta ($p=0,009$) ve yüksek ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre aile desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,054$).

Tablo 40. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Gelir durumu			F**	p
	Düşük (n=53) Ort.*±SS	Orta (n=31) Ort.*±SS	Yüksek (n=38) Ort.*±SS		
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	2,79±1,21	2,13±1,11	1,61±0,94	12,864	0,000 [†]
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	2,72±1,11	1,90±1,10	1,63±0,94	12,882	0,000 [†]
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	3,04±1,19	2,13±1,02	1,58±0,85	22,053	0,000 [†]
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	3,21±1,36	2,39±1,17	1,87±1,01	13,918	0,000 [†]

*(1:Hiç, 5: Çok fazla) **One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Tablo 41. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,663	0,009 ^{††}
		Yüksek gelir	1,187	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,663	0,009 ^{††}
		Yüksek gelir	0,524	0,054
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,187	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-0,524	0,054
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,814	0,001 ^{††}
		Yüksek gelir	1,085	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,814	0,001 ^{††}
		Yüksek gelir	0,272	0,293
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,085	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-0,272	0,293
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,909	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	1,459	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,909	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	0,550	0,033 [†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,459	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-0,550	0,033 [†]
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	Düşük gelir	Orta gelir	0,820	0,003 ^{††}
		Yüksek gelir	1,339	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,820	0,003 ^{††}
		Yüksek gelir	0,519	0,081

Tablo 41'in devamı

	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,339	0,000^{***}
		Orta gelir	-0,519	0,081

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ^{*}p<0,05, ^{**}p<0,01, ^{***}p<0,001

Katılımcıların arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=12,882, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta (p=0,001) ve yüksek (p<0,001) gelir düzeyine sahip olanlara göre arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,293). Katılımcıların aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=22,053, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta (p<0,001) ve yüksek (p<0,001) gelir düzeyine sahip olanlara göre aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta olanların yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,033). Katılımcıların hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F= 13,918, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta (p=0,003) ve yüksek (p<0,001) gelir düzeyine sahip olanlara göre hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,081).

Katılımcıların gelir durumları ile Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyutları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; cinsel kaygı alt boyutu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (F= 35,986, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,003) gelir düzeyine sahip olanlara göre cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip

olanların ise düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Tablo 42. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Gelir durumu			F*	p
	Düşük (n=53) Ort.±SS	Orta (n=31) Ort.±SS	Yüksek (n=38) Ort.±SS		
Cinsel kaygı alt boyutu	37,62±12,71	25,74±11,33	17,45±9,14	35,986	0,000 [†]
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	57,06±8,86	48,00±10,17	36,05±13,43	41,903	0,000 [†]
Sosyal kaygı alt boyutu	34,94±10,31	27,45±10,72	21,63±11,00	17,712	0,000 [†]
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	40,75±7,21	32,06±9,55	23,53±9,78	43,844	0,000 [†]
İlişkiler kaygısı alt boyutu	22,13±11,16	14,26±7,70	7,97±4,02	30,381	0,000 [†]
Toplam	192,51±44,27	147,52±43,02	106,63±40,42	45,089	0,000[†]

One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Tablo 43. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Cinsel kaygı alt boyutu	Düşük gelir	Orta gelir	11,881	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	20,175	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-11,881	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	8,295	0,003 ^{††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-20,175	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-8,295	0,003 ^{††}
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	Düşük gelir	Orta gelir	9,057	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	21,004	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-9,057	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	11,947	0,000 ^{†††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-21,004	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-11,947	0,000 ^{†††}
Sosyal kaygı alt boyutu	Düşük gelir	Orta gelir	7,492	0,002 ^{††}
		Yüksek gelir	13,312	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-7,492	0,002 ^{††}
		Yüksek gelir	5,820	0,026 [†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-13,312	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-5,820	0,026 [†]
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	Düşük gelir	Orta gelir	8,690	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	17,228	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-8,690	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	8,538	0,000 ^{†††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-17,228	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-8,538	0,000 ^{†††}
İlişkiler kaygısı alt boyutu	Düşük gelir	Orta gelir	7,874	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	14,158	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-7,874	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	6,284	0,003 ^{††}

Tablo 43'ün devamı

	Yüksek gelir	Düşük gelir	-14,158	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-6,284	0,003 ^{††}
Toplam	Düşük gelir	Orta gelir	44,993	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	85,878	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-44,993	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	40,885	0,000 ^{†††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-85,878	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	-40,885	0,000 ^{†††}

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05 ^{††}p<0,01, ^{†††}p<0,001.

Katılımcıların ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (F=41,903 ,p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p<0,001) gelir düzeyine sahip olanlara göre ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu (p<0,001). Katılımcıların sosyal kaygı alt boyutu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (F=17,712, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,026) gelir düzeyine sahip olanlara göre sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu (p=0,002). Katılımcıların çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (F=43,844, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p<0,001) gelir düzeyine sahip olanlara göre çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu (p<0,001). Katılımcıların ilişkiler kaygısı alt boyutu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (F=30,381, p<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük (p<0,001) ve orta (p=0,003)

gelir düzeyine sahip olanlara göre ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F= 45,089$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) 1. soru (genel sağlık algısı) ve 2. sorusuna (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları beşli likert tipinde gelir durumuna göre karşılaştırıldığında; 1. soru (genel sağlık algısı) ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F= 3,368$, $p= 0,038$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda düşük ($p=0,011$) gelir düzeyine sahip olanlara göre 1. soru (genel sağlık algısı) ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi orta olanlar ile düşük ($p=0,290$) ve yüksek ($p=0,201$) olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Katılımcıların 2. soru (genel hayat kalitesi) ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F= 29,005$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,003$) gelir düzeyine sahip olanlara göre 2. soru (genel hayat kalitesi) ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre 2. soru (genel hayat kalitesi) ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Tablo 44. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Gelir durumu			F*	p
	Düşük (n=53) Ort.±SS	Orta (n=31) Ort.±SS	Yüksek (n=38) Ort.±SS		
Genel sağlık algısı	3,60±0,59	3,74±0,51	3,92±0,58	3,368	0,038 [†]
Genel hayat kalitesi	2,30±0,95	3,00±0,73	3,61±0,63	29,005	0,000 ^{††}
FertiQol duygusal alt boyut	42,84±16,85	60,08±14,93	64,47±18,72	20,573	0,000 ^{††}
FertiQol zihin/beden alt boyut	51,49±16,05	69,22±17,56	74,67±19,11	22,011	0,000 ^{††}
FertiQol ilişkisel alt boyut	46,14±28,38	64,24±18,71	86,07±10,71	37,097	0,000 ^{††}
FertiQol sosyal alt boyut	44,65±20,72	60,61±17,80	72,47±19,67	22,642	0,000 ^{††}
FertiQol çekirdek bölüm	46,28±17,41	63,54±14,58	74,42±14,50	36,223	0,000 ^{††}

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] p<0,05, ^{††} p<0,001

Tablo 45. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Genel sağlık algısı	Düşük gelir	Orta gelir	-0,138	0,290
		Yüksek gelir	-0,317	0,011 [†]
	Orta gelir	Düşük gelir	0,138	0,290
		Yüksek gelir	-0,179	0,201
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,317	0,011 [†]
		Orta gelir	0,179	0,201
Genel hayat kalitesi	Düşük gelir	Orta gelir	-0,698	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-1,303	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	0,698	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-0,605	0,003 ^{††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	1,303	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	0,605	0,003 ^{††}
FertiQol duygusal alt boyut	Düşük gelir	Orta gelir	-17,235	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-21,627	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	17,235	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-4,392	0,288
	Yüksek gelir	Düşük gelir	21,627	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	4,392	0,288
FertiQol zihin/beden alt boyut	Düşük gelir	Orta gelir	-17,727	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-23,177	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	17,727	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-5,450	0,199
	Yüksek gelir	Düşük gelir	23,177	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	5,450	0,199
FertiQol ilişkisel alt boyut	Düşük gelir	Orta gelir	-18,099	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-39,925	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	18,099	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-21,826	0,000 ^{†††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	39,925	0,000 ^{†††}
		Orta gelir	21,826	0,000 ^{†††}
FertiQol sosyal alt boyut	Düşük gelir	Orta gelir	-15,964	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-27,823	0,000 ^{†††}
	Orta gelir	Düşük gelir	15,964	0,000 ^{†††}
		Yüksek gelir	-11,858	0,014 [†]

Tablo 45'in devamı

FertiQol çekirdek bölüm	Yüksek gelir	Düşük gelir	27,823	0,000^{***}
		Orta gelir	11,858	0,014[*]
	Düşük gelir	Orta gelir	-17,256	0,000^{***}
		Yüksek gelir	-28,139	0,000^{***}
	Orta gelir	Düşük gelir	17,256	0,000
		Yüksek gelir	-10,883	0,005^{**}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	28,139	0,000^{***}
		Orta gelir	10,883	0,005^{**}

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ^{*}p<0,05, ^{**}p<0,01, ^{***}p<0,001

Katılımcıların gelir durumu ile Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) alt boyut ve çekirdek bölüm toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; katılımcıların duygusal alt boyut ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F= 20,573$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta ($p<0,001$) ve yüksek ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre duygusal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,288$). Katılımcıların zihin/beden alt boyut ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F= 22,012$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta ($p<0,001$) ve yüksek ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre zihin/beden alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,199$). Katılımcıların ilişkisel alt boyut ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F= 37,097$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta ($p<0,001$) ve yüksek ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre ilişkisel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre ilişkisel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F= 22,642$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların;

orta ($p<0,001$) ve yüksek ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,014$). Katılımcıların FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F= 36,223$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların; düşük ($p<0,001$) ve orta ($p=0,005$) gelir düzeyine sahip olanlara göre çekirdek bölüm toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F= 49,659$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir düzeyine sahip olanların; orta ($p<0,001$) ve yüksek ($p<0,001$) gelir düzeyine sahip olanlara göre toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların ise yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre toplam ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Tablo 46. Katılımcıların aile APGAR ölçeği ortalama puanının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Gelir durumu			F*	p
	Düşük (n=53) Ort±SS	Orta (n=31) Ort±SS	Yüksek (n=38) Ort±SS		
Aile APGAR toplam puanı	4,45±2,81	6,84±1,93	9,13±1,29	49,659	0,000 [†]

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Tablo 47. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının gelir durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

(n=122)	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Aile APGAR toplam puanı	Düşük gelir	Orta gelir	-2,386	0,000 [†]
		Yüksek gelir	-4,679	0,000 [†]
	Orta gelir	Düşük gelir	2,386	0,000 [†]
		Yüksek gelir	-2,293	0,000 [†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	4,679	0,000 [†]
		Orta gelir	2,293	0,000 [†]

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$.

Katılımcıların aile yapısı ile yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili verilerinin karşılaştırılmasına göre; yaş ($Z=-1,945$, $p=0,052$), evlilik süresi ($Z=-1,336$, $p=0,181$) ve çocuk istemi süresi ($Z=-1,066$, $p=0,287$) ile aile yapısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcıların aile yapısı ile çocuk sahibi olma gücü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; bütçe etkileme durumu ($Z=-1,748$, $p=0,080$) ve hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ($Z=-1,706$, $p=0,088$) ile aile yapısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 48. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin aile yapısına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile yapısı		Z*	p
	Çekirdek aile (n=107) Ort.±SS	Geniş aile (n=15) Ort.±SS		
Yaş	33,32±5,77	29,73±4,90	-1,945	0,052
Evlilik süresi (yıl)	7,71±5,20	5,40±2,50	-1,336	0,181
Çocuk istemi süresi (yıl)	7,37±5,14	5,33±2,44	-1,066	0,287

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu çekirdek aileye sahip olanlarda ($3,14±1,06$) geniş aileye sahip olanlara ($3,73±0,96$) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($Z=-2,014$, $p=0,044$).

Tablo 49. Katılımcıların çocuk sahibi olma gücü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin aile yapısına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile yapısı		Z**	p
	Çekirdek aile (n=107) Ort.*±SS	Geniş aile (n=15) Ort.±SS		
Bütçe etkileme durumu	3,45±1,19	4,00±1,00	-1,748	0,080
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	3,14±1,06	3,73±0,96	-2,014	0,044 [†]
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	2,71±1,04	3,20±1,01	-1,706	0,088
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	2,62±1,20	3,80±1,08	-3,365	0,001 ^{††}
Baskı altında hissetme durumu	3,13±1,05	4,00±1,00	-2,812	0,005 ^{††}

*(1:Hiç, 5: Çok fazla) **Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Tek başına kalmış gibi hissetme durumu çekirdek aileye sahip olanlarda ($2,62 \pm 1,20$) geniş aileye sahip olanlara ($3,80 \pm 1,08$) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($Z = -3,365$, $p = 0,001$).

Baskı altında hissetme durumu çekirdek aileye sahip olanlarda ($3,13 \pm 1,05$) geniş aileye sahip olanlara ($4,00 \pm 1,00$) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($Z = -2,812$, $p = 0,005$).

Katılımcıların aile yapısı ile eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; eş desteğini yetersiz bulma durumu çekirdek aileye sahip olanlarda ($2,06 \pm 1,24$) geniş aileye sahip olanlara ($3,00 \pm 1,69$) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($Z = -2,094$, $p = 0,036$).

Tablo 50. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin aile yapısına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile yapısı		Z**	p
	Çekirdek aile (n=107) Ort.* $\pm$ SS	(Geniş aile) n=15 Ort.* $\pm$ SS		
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	2,06 $\pm$ 1,24	3,00 $\pm$ 1,69	-2,094	0,036 [†]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	1,61 $\pm$ 1,07	2,60 $\pm$ 1,50	-3,108	0,002 ^{††}
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	2,01 $\pm$ 1,01	2,80 $\pm$ 0,94	-2,757	0,006 ^{††}

*(1:Hiç, 5: Çok fazla) **Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. [†] $p < 0,05$, ^{††} $p < 0,01$

Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu çekirdek aileye sahip olanlarda ($1,61 \pm 1,07$) geniş aileye sahip olanlara ($2,60 \pm 1,50$) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($Z = -3,108$, $p = 0,002$).

Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu çekirdek aileye sahip olanlarda ($2,01 \pm 1,01$) geniş aileye sahip olanlara ($2,80 \pm 0,94$) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($Z = -2,757$, $p = 0,006$).

Katılımcıların aile yapısı ile aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; aile desteğini yetersiz bulma durumu ($Z = -1,192$, $p = 0,233$) ve arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ($Z = -1,755$, $p = 0,079$) ile aile yapısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 51. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin aile yapısına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile yapısı		Z**	p
	Çekirdek aile (n=107) Ort.* ±SS	Geniş aile (n=15) Ort. ±SS		
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	2,20±1,17	2,67±1,44	-1,192	0,233
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	2,09±1,11	2,73±1,38	-1,755	0,079
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	2,25±1,19	3,07±1,22	-2,353	0,019 [†]
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	2,46±1,29	3,47±1,40	-2,630	0,009 ^{††}

*(1:Hiç, 5: Çok fazla) **Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu çekirdek aileye sahip olanlarda (2,25±1,19) geniş aileye sahip olanlara (3,07±1,22) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (Z=-2,353, p=0,019). Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu çekirdek aileye sahip olanlarda (2,46±1,29) geniş aileye sahip olanlara (3,47±1,40) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (Z=-2,630, p=0,009).

Katılımcıların aile yapısı ile Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyutları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; çekirdek aileye sahip olanların cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı (27,13±14,08) geniş aileye sahip olanların cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanına (36,80±13,06) göre anlamlı olarak düşük saptandı (Z=-2,532, p=0,011).

Tablo 52. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının aile yapısına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile yapısı		Z*	p
	Çekirdek aile (n=107) Ort.±SS	Geniş aile (n=15) Ort.±SS		
Cinsel kaygı alt boyutu	27,13±14,08	36,80±13,06	-2,532	0,011 [†]
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	46,82±14,17	58,13±6,82	-2,966	0,003 ^{††}
Sosyal kaygı alt boyutu	27,77±11,97	36,93±9,09	-2,863	0,004 ^{††}
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	31,99±11,45	41,67±5,72	-3,058	0,002 ^{††}
İlişkiler kaygısı alt boyutu	15,00±10,17	20,87±11,85	-1,980	0,048 [†]
Toplam	148,71±55,89	194,40±41,76	-3,088	0,002 ^{††}

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Çekirdek aileye sahip olanların ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı (46,82±14,17), geniş aileye sahip olanlara (58,13±6,82) göre anlamlı olarak düşük saptandı (Z=-2,966, p=0,003). Çekirdek aileye sahip olanların sosyal kaygı alt

boyutu ortalama puanı ($27,77 \pm 11,97$) geniş aileye sahip olanların sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanına ($36,93 \pm 9,09$) göre anlamlı olarak düşük saptandı ($Z = -2,863$, $p = 0,004$). Çekirdek aileye sahip olanların çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı ($31,99 \pm 11,45$) geniş aileye sahip olanların çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanına ($41,67 \pm 5,72$) göre anlamlı olarak düşük saptandı ($Z = -3,058$, $p = 0,002$). Çekirdek aileye sahip olanların ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanı ($15,00 \pm 10,17$), geniş aileye sahip olanların ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanına ($20,87 \pm 11,85$) göre anlamlı olarak düşük saptandı ($Z = -1,980$, $p = 0,048$). Çekirdek aileye sahip olanların Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı ($148,71 \pm 55,89$), geniş aileye sahip olanların Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanına ($194,40 \pm 41,76$) göre anlamlı olarak düşük saptandı. ($Z = -3,088$, $p = 0,002$).

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) 1. soru (genel sağlık algısı) ve 2. sorusuna (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları beşli likert tipi ile aile yapısına göre karşılaştırıldığında; 1. soruya (genel sağlık algısı) ($Z = -1,396$, $p = 0,163$) ve 2. soruya (genel hayat kalitesi) ($Z = -1,745$, $p = 0,081$) verilen yanıtların ortalama puanları ile aile yapısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Katılımcıların aile yapısı ile Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) alt boyut ve çekirdek bölüm toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; çekirdek aileye sahip olanların duygusal alt boyut ortalama puanı ($56,11 \pm 19,16$) geniş aileye sahip olanlara ($38,61 \pm 15,54$) göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($Z = -3,192$, $p = 0,001$).

Tablo 53. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının aile yapısına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile yapısı		Z*	p
	Çekirdek aile (n=107) Ort.±SS	Geniş aile (n=15) Ort.±SS		
Genel sağlık algısı	3,77±0,57	3,53±0,64	-1,396	0,163
Genel hayat kalitesi	2,94±0,97	2,47±0,99	-1,745	0,081
FertiQol duygusal alt boyut	56,11±19,16	38,61±15,54	-3,192	0,001 ^{††}
FertiQol zihin/beden alt boyut	64,83±20,51	51,66±13,89	-2,369	0,018 [†]
FertiQol ilişkisel alt boyut	65,34±26,72	47,77±29,54	-2,205	0,027 [†]
FertiQol sosyal alt boyut	59,26±22,93	43,89±18,69	-2,444	0,015 [†]
FertiQol çekirdek bölüm	61,39±19,55	45,48±17,49	-2,792	0,005 ^{††}

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Çekirdek aileye sahip olanların zihin/beden alt boyut ortalama puanı (64,83±20,51) geniş aileye sahip olanların ortalama puanına (51,66±13,89) göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Z=-2,369, p=0,018). Çekirdek aileye sahip olanların ilişkisel alt boyut ortalama puanı (65,34±26,72), geniş aileye sahip olanların ortalama puanına (47,77±29,54) göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Z=-2,205, p=0,027). Çekirdek aileye sahip olanların sosyal alt boyut ortalama puanı (59,26±22,93), geniş aileye sahip olanların ortalama puanına (43,89±18,69) göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Z=-2,444, p=0,015). Çekirdek aileye sahip olanların FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı (61,39±19,55), geniş aileye sahip olanların toplam ortalama puanına (45,48±17,49) göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Z=-2,792, p=0,005).

Katılımcıların aile yapısı ile Aile Apgar Ölçeği toplam ortalama puanı karşılaştırıldığında; çekirdek aileye sahip olanların toplam ortalama puanı (6,76±2,92) geniş aileye sahip olanların toplam ortalama puanına (4,80±2,85) göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Z=-2,486, p=0,013).

Tablo 54. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının aile yapısına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile yapısı		Z*	p
	Çekirdek aile (n=107) Ort.±SS	Geniş aile (n=15) Ort.±SS		
Aile APGAR toplam puanı	6,76±2,92	4,80±2,85	-2,486	0,013[†]

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılmasına göre; yaş (t=-0,818, p=0,415) ve evlilik süresi (t=1,705, p=0,091) ile evlilik biçimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 55. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılması

(n=122)	Evlilik biçimi		t*	p
	Görücü usulü (n=64) Ort.±SS	Serbest arkadaşlık kurarak (n=58) Ort.±SS		
Yaş	32,47±6,42	33,33±4,98	-0,818	0,415
Evlilik süresi (yıl)	8,16±5,67	6,62±4,04	1,705	0,091
Çocuk istemi süresi (yıl)	7,95±5,56	6,21±3,96	2,009	0,047[†]

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05.

Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin çocuk istemi süresi ($7,95 \pm 5,56$), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlerin çocuk istemi süresine ($6,21 \pm 3,96$) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=2,009$, $p=0,047$).

Katılımcıların evlilik biçimi ile çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin ilgili beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; görücü usulü ile evlenenlerin bütçe etkileme durumu ($3,89 \pm 1,04$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($3,10 \pm 1,20$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=3,863$, $p<0,001$). Katılımcıların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu görücü usulü evlenenlerde ($3,61 \pm 0,98$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($2,78 \pm 0,99$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=4,650$, $p<0,001$).

Tablo 56. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılması

(n=122)	Evlilik biçimi		t**	p
	Görücü usulü (n=64) Ort.±SS	Serbest arkadaşlık kurarak (n=58) Ort.±SS		
Bütçe etkileme durumu	3,89±1,04	3,10±1,20	3,863	0,000 [†]
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	3,61±0,98	2,78±0,99	4,650	0,000 [†]
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	3,16±0,94	2,34±1,00	4,601	0,000 [†]
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	3,31±1,08	2,16±1,13	5,761	0,000 [†]
Baskı altında hissetme durumu	3,72±0,96	2,71±0,95	5,804	0,000 [†]

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$.

Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ($3,16 \pm 0,94$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($2,34 \pm 1,00$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=4,601$, $p<0,001$). Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin tek başına kalmış gibi hissetme durumu ($3,31 \pm 1,08$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($2,16 \pm 1,13$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=5,761$, $p<0,001$). Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin baskı altında hissetme durumu ($3,72 \pm 0,96$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($2,71 \pm 0,95$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=5,804$, $p<0,001$).

Katılımcıların evlilik biçimleri ile eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; görücü

usulü ile evlenenlerin eş desteğini yetersiz bulma durumu ($2,84 \pm 1,37$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($1,43 \pm 0,79$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=6,864$, $p<0,001$).

Tablo 57. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılması

(n=122)	Evlilik biçimi		t**	p
	Görücü usulü (n=64) Ort. $\pm$ SS	Serbest arkadaşlık kurarak (n=58) Ort. $\pm$ SS		
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	2,84 $\pm$ 1,37	1,43 $\pm$ 0,79	6,864	0,000 [†]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	2,31 $\pm$ 1,35	1,09 $\pm$ 0,33	6,700	0,000 [†]
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	2,59 $\pm$ 1,00	1,57 $\pm$ 0,77	6,266	0,000 [†]

^{*}(1: Hiç, 5: Çok fazla) ^{**}İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ($2,31 \pm 1,35$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($1,09 \pm 0,33$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=6,700$, $p<0,001$). Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ($2,59 \pm 1,00$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($1,57 \pm 0,77$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=6,266$, $p<0,001$).

Katılımcıların evlilik biçimi ile çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; görücü usulü ile evlenenlerin aile desteğini yetersiz bulma durumu ($2,80 \pm 1,07$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($1,66 \pm 1,08$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=5,842$, $p<0,001$).

Tablo 58. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin evlilik biçimine göre karşılaştırılması

(n=122)	Evlilik biçimi		t**	p
	Görücü usulü (n=64) Ort. $\pm$ SS	Serbest arkadaşlık kurarak (n=58) Ort. $\pm$ SS		
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	2,80 $\pm$ 1,07	1,66 $\pm$ 1,08	5,842	0,000 [†]
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	2,73 $\pm$ 1,08	1,55 $\pm$ 0,90	6,501	0,000 [†]
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	2,98 $\pm$ 1,13	1,66 $\pm$ 0,90	7,097	0,000 [†]
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	3,14 $\pm$ 1,25	1,97 $\pm$ 1,15	5,357	0,000 [†]

^{*}(1: Hiç, 5: Çok fazla) ^{**}İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ($2,73 \pm 1,08$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($1,55 \pm 0,90$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=6,501$, $p<0,001$). Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ($2,98 \pm 1,13$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($1,66 \pm 0,90$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=7,097$, $p<0,001$). Katılımcılardan görücü usulü ile evlenenlerin hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ($3,14 \pm 1,25$) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($1,97 \pm 1,15$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=5,357$, $p<0,001$).

Katılımcıların evlilik biçimi ile Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyutları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı görücü usulü ile evlenenlerde ($35,67 \pm 13,12$), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($20,21 \pm 10,68$) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=7,092$, $p<0,001$).

Tablo 59. Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri ortalama puanlarının evlilik biçimine göre karşılaştırılması

(n=122)	Evlilik biçimi		t*	p
	Görücü usulü (n=64) Ort.±SS	Serbest arkadaşlık kurarak (n=58) Ort.±SS		
Cinsel kaygı alt boyutu	35,67±13,12	20,21±10,68	7,092	0,000 [†]
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	54,75±10,38	41,00±13,94	6,213	0,000 [†]
Sosyal kaygı alt boyutu	34,63±9,85	22,57±11,03	6,377	0,000 [†]
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	38,61±8,75	27,19±10,93	6,396	0,000 [†]
İlişkiler kaygısı alt boyutu	20,88±10,67	10,03±6,79	6,612	0,000 [†]
Toplam	184,53±48,20	121,00±44,70	7,525	0,000[†]

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı görücü usulü ile evlenenlerde ($54,75 \pm 10,38$), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($41,00 \pm 13,94$) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=6,213$, $p<0,001$). Sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı görücü usulü ile evlenenlerde ($34,63 \pm 9,85$), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($22,57 \pm 11,03$) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=6,377$, $p<0,001$). Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı görücü usulü ile evlenenlerde ($38,61 \pm 8,75$), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere ($27,19 \pm 10,93$) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=6,396$, $p<0,001$). İlişkiler kaygısı alt boyutu

ortalama puanı görücü usulü ile evlenenlerde (20,88±10,67), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (10,03±6,79) göre anlamlı olarak yüksek bulundu (t=6,612, p<0,001). Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı görücü usulü ile evlenenlerde (184,53±48,20), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (121,00±44,70) göre anlamlı olarak yüksek bulundu (t=7,525, p<0,001).

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) 1. soru (genel sağlık algısı) ve 2. sorusuna (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları beşli likert tipinde evlilik biçimine göre karşılaştırıldığında; 1. soruya (genel sağlık algısı) verilen yanıtların ortalama puanları görücü usulü evlenenlerde (3,61±0,60), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (3,88±0,53) göre anlamlı olarak düşük bulundu (t=-2,599, p=0,011). Katılımcıların 2. soruya (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları görücü usulü evlenenlerde (2,47±0,94), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (3,34±0,80) göre anlamlı olarak düşük bulundu (t=-5,488, p<0,001). Katılımcıların evlilik biçimi ile Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) alt boyut ve çekirdek bölüm toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; duygusal alt boyut ortalama puanı görücü usulü ile evlenenlerde (45,70±18,38), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (63,07±16,69) göre anlamlı olarak düşük bulundu (t=-5,445, p<0,001).

Tablo 60. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının evlilik biçimine göre karşılaştırılması

(n=122)	Evlilik biçimi		t*	p
	Görücü usulü (n=64) Ort.±SS	Serbest arkadaşlık kurarak (n=58) Ort.±SS		
Genel sağlık algısı	3,61±0,60	3,88±0,53	-2,599	0,011 [†]
Genel hayat kalitesi	2,47±0,94	3,34±0,80	-5,488	0,000 ^{††}
FertiQol duygusal alt boyut	45,70±18,38	63,07±16,69	-5,445	0,000 ^{††}
FertiQol zihin/beden alt boyut	54,88±18,86	72,41±17,67	-5,282	0,000 ^{††}
FertiQol ilişkisel alt boyut	49,15±26,66	78,66±19,05	-6,968	0,000 ^{††}
FertiQol sosyal alt boyut	45,57±20,20	70,40±18,38	-7,074	0,000 ^{††}
FertiQol çekirdek bölüm	48,82±18,31	71,13±14,43	-7,419	0,000 ^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Zihin/beden alt boyut ortalama puanı görücü usulü evlenenlerde (54,88±18,86), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (72,41±17,67) göre anlamlı olarak düşük bulundu (t=-5,282, p<0,001). İlişkisel alt boyut ortalama puanı görücü

usulü evlenenlerde (49,15±26,66), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (78,66±19,05) göre anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-6,968$, $p<0,001$). Sosyal alt boyut ortalama puanı görücü usulü evlenenlerde (45,57±20,20), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (70,40±18,38) göre anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-7,074$, $p<0,001$). FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı görücü usulü evlenenlerde (48,82±18,31), serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere (71,13±14,43) göre anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-7,419$, $p<0,001$).

Katılımcıların evlilik biçimi ile Aile APGAR Ölçeği toplam ortalama puanı karşılaştırıldığında; görücü usulü evlenenlerin toplam ortalama puanı (4,84±2,63) serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere göre (8,36±2,13) anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-8,048$, $p<0,001$).

Tablo 61. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının evlilik biçimine göre karşılaştırılması

(n=122)	Evlilik biçimi		t*	p
	Görücü usulü (n=64) Ort.±SS	Serbest arkadaşlık kurarak (n=58) Ort.±SS		
Aile APGAR toplam puanı	4,84±2,63	8,36±2,13	-8,048	0,000[†]

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılmasına göre; yaş tedavi görmemiş olanlarda (30,16±5,05), tedavi görmüş olanlara (34,83±5,49) göre anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-4,788$, $p<0,001$). Tedavi görmemiş olanların evlilik süresi (5,29±3,34), tedavi görmüş olanların evlilik süresine (8,96±5,44) göre anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-4,259$, $p<0,001$).

Tablo 62. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu		t*	p
	Tedavi görmemiş olan (n=51) Ort.±SS	Tedavi görmüş olan (n=71) Ort.±SS		
Yaş	30,16±5,05	34,83±5,49	-4,788	0,000[†]
Evlilik süresi (yıl)	5,29±3,34	8,96±5,44	-4,259	0,000[†]
Çocuk istemi süresi (yıl)	5,06±3,35	8,61±5,35	-4,177	0,000[†]

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Katılımcılardan tedavi görmemiş olanların çocuk istemi süresi ($5,06 \pm 3,35$), tedavi görmüş olanların çocuk istemi süresine ($8,61 \pm 5,35$) göre anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-4,177$, $p<0,001$).

Katılımcıların geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu ile çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin ilgili beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; tedavi görmemiş olanların bütçe etkileme durumu ($2,94 \pm 1,00$) tedavi görmüş olanlara ($3,93 \pm 1,13$) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($t=-4,959$, $p<0,001$).

Tablo 63. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu		t**	p
	Tedavi görmemiş olan (n=51) Ort. $\pm$ SS	Tedavi görmüş olan (n=71) Ort. $\pm$ SS		
Bütçe etkileme durumu	2,94$\pm$1,00	3,93$\pm$1,13	-4,959	0,000^{††}
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	3,35 $\pm$ 1,09	3,11 $\pm$ 1,04	1,226	0,223
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	2,86 $\pm$ 0,93	2,70 $\pm$ 1,12	0,821	0,413
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	2,78 $\pm$ 1,23	2,75 $\pm$ 1,26	0,165	0,869
Baskı altında hissetme durumu	3,53$\pm$0,85	3,03$\pm$1,18	2,578	0,011[†]

^{*}(1: Hiç, 5: Çok fazla) ^{**}İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,001

Katılımcılardan tedavi görmemiş olanların baskı altında hissetme durumu ($3,53 \pm 0,85$) tedavi görmüş olanlara ($3,03 \pm 1,18$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($t=2,578$, $p=0,011$).

Katılımcıların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu ($t=1,226$, $p=0,223$), hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ($t=0,821$, $p=0,413$) ve tek başına kalmış gibi hissetme durumu ($t=0,165$, $p=0,869$) ile geçmişte yardımcı üreme teknikleriyle tedavi görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcıların geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu ile eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; eş desteğini yetersiz bulma durumu ($t=0,993$, $p=0,322$), eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ($t=1,059$, $p=0,292$) ve cinsel

hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ($t=0,987$, $p=0,326$) ile geçmişte yardımcı üreme teknikleriyle tedavi görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 64. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu		t**	p
	Tedavi görmemiş olan (n=51) Ort.*±SS	Tedavi görmüş olan (n=71) Ort.*±SS		
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	2,31±1,31	2,07±1,34	0,993	0,322
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	1,86±1,31	1,63±1,07	1,059	0,292
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	2,22±1,06	2,03±1,01	0,987	0,326

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu ile çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; aile desteğini yetersiz bulma durumu ($t=1,215$, $p=0,227$), arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ($t=0,983$, $p=0,328$), aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ($t=0,302$, $p=0,763$) ve hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ($t=1,140$, $p=0,257$) ile geçmişte yardımcı üreme teknikleriyle tedavi görme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 65. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu		t**	p
	Tedavi görmemiş olan (n=51) Ort.*±SS	Tedavi görmüş olan (n=71) Ort.*±SS		
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	2,41±1,20	2,14±1,22	1,215	0,227
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	2,29±1,08	2,08±1,21	0,983	0,328
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	2,39±1,21	2,32±1,24	0,302	0,763
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	2,75±1,32	2,46±1,35	1,140	0,257

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyutları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı tedavi görmemiş olanlarda (51,35±11,59), tedavi görmüş olanlara (45,96±15,14) göre anlamlı olarak yüksekti ($t=2,134$, $p=0,035$). Sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı tedavi görmemiş olanlarda (31,61±11,01), tedavi görmüş olanlara (26,94±12,39) göre anlamlı olarak yüksekti ($t=2,146$, $p=0,034$). Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı tedavi görmemiş olanlarda (35,67±10,23), tedavi görmüş olanlara (31,39±11,85) göre anlamlı olarak yüksekti ($t=2,077$, $p=0,040$). Cinsel kaygı alt boyutu ($t=0,909$, $p=0,365$), ilişkiler kaygısı alt boyutu ($t=0,928$, $p=0,355$) ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı ($t=1,809$, $p=0,073$) ile geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 66. Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri ortalama puanlarının geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu		t*	p
	Tedavi görmemiş olan (n=51) Ort.±SS	Tedavi görmüş olan (n=71) Ort.±SS		
Cinsel kaygı alt boyutu	29,71±13,41	27,32±14,86	0,909	0,365
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	51,35±11,59	45,96±15,14	2,134	0,035 [†]
Sosyal kaygı alt boyutu	31,61±11,01	26,94±12,39	2,146	0,034 [†]
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	35,67±10,23	31,39±11,85	2,077	0,040 [†]
İlişkiler kaygısı alt boyutu	16,76±10,81	14,97±10,31	0,928	0,355
Toplam	165,10±51,86	146,59±58,35	1,809	0,073

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) 1. sorusuna (genel sağlık algısı) ve 2. sorusuna (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları beşli likert tipinde geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırıldığında; 1. soru (genel sağlık algısı) ile geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=-0,194$, $p=0,846$). Katılımcıların 2. soruya (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları tedavi görmemiş

olanlarda ($2,63 \pm 0,99$), tedavi görmüş olanlara ($3,07 \pm 0,93$) göre anlamlı olarak düşüktü ($t = -2,514$, $p = 0,013$).

Katılımcıların geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu ile Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) alt boyut ve çekirdek bölüm toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; tedavi görmemiş olanların duygusal alt boyut ortalama puanı ($49,75 \pm 19,01$), tedavi görmüş olanlara ($56,98 \pm 19,54$) göre anlamlı olarak düşüktü ($t = -2,038$, $p = 0,044$).

Tablo 67. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu		t*	p
	Tedavi görmemiş olan (n=51) Ort.±SS	Tedavi görmüş olan (n=71) Ort.±SS		
Genel sağlık algısı	3,73±0,56	3,75±0,60	-0,194	0,846
Genel hayat kalitesi	2,63±0,99	3,07±0,93	-2,514	0,013 [†]
FertiQol duygusal alt boyut	49,75±19,01	56,98±19,54	-2,038	0,044 [†]
FertiQol zihin/beden alt boyut	60,62±19,04	65,08±20,99	-1,203	0,231
FertiQol ilişkisel alt boyut	61,68±28,23	64,25±27,23	-0,508	0,613
FertiQol sosyal alt boyut	53,92±20,53	59,85±24,37	-1,415	0,160
FertiQol çekirdek bölüm	56,49±19,36	61,54±20,23	-1,385	0,169

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

FertiQol zihin/beden alt boyut ($t = -1,203$, $p = 0,231$), FertiQol ilişkisel alt boyut ($t = -0,508$, $p = 0,613$), FertiQol sosyal alt boyut ($t = -1,415$, $p = 0,160$) ve FertiQol çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ($t = -1,385$, $p = 0,169$) ile geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcıların geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu ile Aile APGAR Ölçeği toplam ortalama puanı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t = -0,573$, $p = 0,567$).

Tablo 68. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna göre karşılaştırılması

(n=122)	Geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumu		t*	p
	Tedavi görmemiş olan (n=51) Ort.±SS	Tedavi görmüş olan (n=71) Ort.±SS		
Aile APGAR toplam puanı	6,33± 3,05	6,65±2,94	-0,573	0,567

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı ile yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili verilerinin karşılaştırılmasına göre; yaş ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=15,849$, $p=0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük düzeyli strese sahip olanların yaşı orta düzeyli strese sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,002$). Evlilik süresi ($X^2=5,159$, $p=0,161$) ve çocuk istemi süresi ($X^2=3,377$, $p=0,337$) ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 69. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Doğurganlık Sorunu Envanteri Sınıfı				X^2^*	p
	Düşük düzeyli stres (n=30) Ort.±SS	Orta düzeyli stres (n=48) Ort.±SS	Orta yüksek düzeyli stres (n=19) Ort.±SS	Yüksek düzeyli stres (n=25) Ort.±SS		
Yaş	36,10±5,31	32,06±5,26	32,95±5,94	30,52±5,78	15,849	0,001 [†]
Evlilik süresi (yıl)	8,73±5,40	6,73±4,67	8,63±6,40	6,28±3,45	5,159	0,161
Çocuk istemi süresi (yıl)	8,23±5,47	6,50±4,59	8,21±6,25	6,16±3,37	3,377	0,337

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı ile çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; bütçe etkileme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=13,217$, $p=0,004$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük düzeyli strese sahip olanların bütçe etkileme durumu; orta yüksek düzeyli ($p=0,001$) ve yüksek düzeyli strese ($p=0,003$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Tablo 70. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Doğurganlık Sorunu Envanteri Sınıfı				X ^{2**}	p
	Düşük düzeyli stres (n=30) Ort.±SS	Orta düzeyli stres (n=48) Ort.±SS	Orta yüksek düzeyli stres (n=19) Ort.±SS	Yüksek düzeyli stres (n=25) Ort.±SS		
Bütçe etkileme durumu	2,90±1,02	3,56±1,23	3,95±1,02	3,84±1,14	13,217	0,004 [†]
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	2,13±0,62	3,06±0,93	3,84±0,50	4,32±0,55	65,904	0,000 ^{††}
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	1,70±0,70	2,58±0,73	3,47±0,69	3,88±0,60	69,404	0,000 ^{††}
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	1,50±0,57	2,52±1,05	3,68±0,74	4,04±0,61	69,976	0,000 ^{††}
Baskı altında hissetme durumu	2,17±0,64	3,25±1,00	3,47±0,69	4,32±0,62	56,088	0,000 ^{††}

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,01, ^{††}p<0,001.

Katılımcıların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=65,904$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=69,404$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların tek başına kalmış gibi hissetme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=69,976$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça tek başına kalmış gibi hissetme durumu puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların baskı altında hissetme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=56,088$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça baskı altında hissetme durumu puanı sırası ile artmaktaydı.

Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı ile eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; eş desteğini yetersiz bulma durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu

($X^2=94,601$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça eş desteğini yetersiz bulma durumu puanı sırası ile artmaktaydı.

Tablo 71. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Doğurganlık Sorunu Envanteri Sınıfı				X^{2**}	p
	Düşük düzeyli stres (n=30) Ort.±SS	Orta düzeyli stres (n=48) Ort.±SS	Orta yüksek düzeyli stres (n=19) Ort.±SS	Yüksek düzeyli stres (n=25) Ort.±SS		
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	1,03±0,18	1,48±0,58	3,26±0,80	4,04±0,79	94,601	0,000 [†]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	1,00±0,00	1,06±0,24	2,32±1,05	3,44±1,08	86,142	0,000 [†]
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	1,10±0,30	1,71±0,65	3,11±0,45	3,32±0,62	87,346	0,000 [†]

^{*}(1: Hiç, 5: Çok fazla) ^{**}Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Katılımcıların eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=86,142$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=87,346$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu puanı sırası ile artmaktaydı.

Katılımcıların doğurganlık sorunu envanteri sınıfı aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; aile desteğini yetersiz bulma durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=64,858$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça aile desteğini yetersiz bulma durumu puanı sırası ile artmaktaydı.

Tablo 72. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Doğurganlık Sorunu Envanteri Sınıfı				X ² *	p
	Düşük düzeyli stres (n=30) Ort.±SS	Orta düzeyli stres (n=48) Ort.±SS	Orta yüksek düzeyli stres (n=19) Ort.±SS	Yüksek düzeyli stres (n=25) Ort.±SS		
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	1,20±0,40	1,98±1,04	2,63±0,89	3,76±0,72	64,858	0,000 [†]
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	1,17±0,37	1,79±0,84	2,79±0,97	3,64±0,63	71,616	0,000 [†]
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	1,10±0,30	2,04±0,87	3,00±0,81	3,96±0,53	82,743	0,000 [†]
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	1,27±0,58	2,33±1,07	3,26±1,04	4,12±0,66	68,915	0,000 [†]

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Katılımcıların arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=71,616$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=82,743$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=68,915$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu puanı sırası ile artmaktaydı.

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) 1. sorusuna (genel sağlık algısı) ve 2. sorusuna (genel hayat kalitesi) verdikleri yanıtların ortalama puanları beşli likert tipinde Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırıldı. 1. soru (genel sağlık algısı) ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=18,161$, $p<0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann Whitney U

testi sonucuna göre düşük düzeyli strese sahip olanların 1. soru (genel sağlık algısı) puanı; yüksek düzeyli strese sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,001$).

Tablo 73. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Doğurganlık Sorunu Envanteri Sınıfı				X ^{2*}	p
	Düşük düzeyli stres (n=30) Ort.±SS	Orta düzeyli stres (n=48) Ort.±SS	Orta yüksek düzeyli stres (n=19) Ort.±SS	Yüksek düzeyli stres (n=25) Ort.±SS		
Genel sağlık algısı	3,90±0,54	3,71±0,61	4,00±0,00	3,40±0,64	18,161	0,000 [†]
Genel hayat kalitesi	3,83±0,53	3,10±0,62	2,42±0,50	1,68±0,80	71,256	0,000 [†]
FertiQol duygusal alt boyut	77,63±9,37	53,12±13,02	49,78±8,27	30,33±11,99	81,408	0,000 [†]
FertiQol zihin/beden alt boyut	86,66±7,76	64,32±16,44	55,04±9,47	39,16±7,11	79,023	0,000 [†]
FertiQol ilişkisel alt boyut	87,77±8,10	76,38±12,90	40,57±17,83	25,49±14,14	86,879	0,000 [†]
FertiQol sosyal alt boyut	84,30±7,79	60,24±14,81	45,17±16,50	28,83±7,69	87,264	0,000 [†]
FertiQol çekirdek bölüm	84,09±6,21	63,52±8,63	47,64±4,90	30,95±6,89	105,873	0,000 [†]

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

2. soru (genel yaşam kalitesi) ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=71,256$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça 2. soru (genel yaşam kalitesi) puanı sırası ile azalmaktaydı.

Katılımcıların FertiQol duygusal alt boyut ortalama puanı ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=81,408$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça duygusal alt boyut ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların FertiQol zihin/beden alt boyut ortalama puanı ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=79,023$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça zihin/beden alt boyut ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların FertiQol ilişkisel alt boyut ortalama puanı ile Doğurganlık Sorunu Envanteri karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=86,879$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça ilişkisel alt boyut ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların FertiQol sosyal alt boyut ortalama puanı ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=87,264$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça sosyal alt boyut ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların FertiQol çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=105,296$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça çekirdek bölüm toplam ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı.

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ile Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=98,739$, $p<0,001$). Stres düzeyi arttıkça Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı.

Tablo 74. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanının Doğurganlık Sorunu Envanteri sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Doğurganlık Sorunu Envanteri Sınıfı				X^2^*	p
	Düşük düzeyli stres (n=30) Ort.±SS	Orta düzeyli stres (n=48) Ort.±SS	Orta yüksek düzeyli stres (n=19) Ort.±SS	Yüksek düzeyli stres (n=25) Ort.±SS		
Aile APGAR toplam puanı	9,60±0,72	7,73±1,31	4,11±1,37	2,32±1,24	98,739	0,000[†]

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,001$

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği sınıfı ile yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili verilerinin karşılaştırılmasına göre; yaş ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2=6,657$, $p=0,036$) Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre yüksek fonksiyonel aileye sahip olan katılımcıların yaşı, şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,013$). Evlilik süresi ($X^2=0,586$, $p=0,746$) ve çocuk istemi süresi ($X^2=0,690$, $p=0,708$) ile Aile APGAR ölçeği sınıfı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 75. Katılımcıların yaş, infertilite ve evlilik ile ilgili bazı verilerinin Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile APGAR ölçeği sınıfı			X ^{2*}	p
	Şiddetli disfonksiyonel (n=29) Ort.±SS	Orta derecede disfonksiyonel (n=23) Ort.±SS	Yüksek fonksiyonel (n=70) Ort.±SS		
Yaş	31,14±6,73	32,83±5,03	33,61±5,5	6,657	0,036 [†]
Evlilik süresi (yıl)	7,93±5,86	6,17±2,79	7,63±5,18	0,586	0,746
Çocuk istemi süresi (yıl)	7,69±5,66	6,00±2,79	7,26±5,15	0,690	0,708

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği sınıfı ile çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; bütçe etkileme durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=13,410$, $p=0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre yüksek fonksiyonel aileye sahip olanların bütçe etkileme durumu; şiddetli disfonksiyonel ($p=0,002$) ve orta derecede disfonksiyonel aileye ($p=0,005$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Tablo 76. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorluklarla ilgili verilerinin Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile APGAR ölçeği sınıfı			X ^{2**}	p
	Şiddetli disfonksiyonel (n=29) Ort.±SS	Orta derecede disfonksiyonel (n=23) Ort.±SS	Yüksek fonksiyonel (n=70) Ort.±SS		
Bütçe etkileme durumu	3,97±1,08	3,96±1,14	3,19±1,14	13,410	0,001 [†]
Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	4,14±0,58	3,70±0,87	2,67±0,94	45,245	0,000 ^{††}
Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	3,72±0,64	3,35±0,83	2,19±0,83	53,547	0,000 ^{††}
Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	4,07±0,65	3,22±0,79	2,07±1,04	56,455	0,000 ^{††}
Baskı altında hissetme durumu	4,14±0,74	3,35±0,83	2,83±1,04	31,199	0,000 ^{††}

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,01$, ^{††} $p<0,001$.

Katılımcıların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=45,245$, $p<0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre yüksek fonksiyonel aileye sahip olanların geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu; şiddetli disfonksiyonel ($p<0,001$) ve orta derecede disfonksiyonel aileye ($p<0,001$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. Katılımcıların hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=53,547$, $p<0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre yüksek fonksiyonel aileye sahip olanların hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu; şiddetli disfonksiyonel ($p<0,001$) ve orta derecede disfonksiyonel aileye ($p<0,001$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. Katılımcıların tek başına kalmış gibi hissetme durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=56,455$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça tek başına kalmış gibi hissetme durumu puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların baskı altında hissetme durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=31,199$, $p<0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olanların baskı altında hissetme durumu; orta derecede disfonksiyonel ($p=0,001$) ve yüksek fonksiyonel aileye ($p<0,001$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu.

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği sınıfı ile eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; eş desteğini yetersiz bulma durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=97,119$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça eş desteğini yetersiz bulma durumu puanı sırası ile azalmaktaydı.

Tablo 77. Katılımcıların eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile APGAR ölçeği sınıfı			X ^{2**}	p
	Şiddetli disfonksiyonel (n=29) Ort.±SS	Orta derecede disfonksiyonel (n=23) Ort.±SS	Yüksek fonksiyonel (n=70) Ort.±SS		
Eş desteğini yetersiz bulma durumu	4,14±0,69	2,61±0,65	1,21±0,41	97,119	0,000 [†]
Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	3,59±0,78	1,52±0,79	1,03±0,16	97,182	0,000 [†]
Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu	3,24±0,57	2,74±0,86	1,43±0,60	72,963	0,000 [†]

*(1: Hiç, 5: Çok fazla) **Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Katılımcıların eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=97,182$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=72,963$, $p<0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre yüksek fonksiyonel aileye sahip olanların cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu; şiddetli disfonksiyonel ($p<0,001$) ve orta derecede disfonksiyonel aileye ($p<0,001$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği sınıfı aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin beşli likert (1 hiç, 5 çok fazla) tipinde karşılaştırılmasına göre; aile desteğini yetersiz bulma durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=53,305$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça aile desteğini yetersiz bulma durumu puanı sırası ile azalmaktaydı.

Tablo 78. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteği ile ilgili verilerinin Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile APGAR ölçeği sınıfı			X ^{2**}	p
	Şiddetli disfonksiyonel (n=29) Ort.±SS	Orta derecede disfonksiyonel (n=23) Ort.±SS	Yüksek fonksiyonel (n=70) Ort.±SS		
Aile desteğini yetersiz bulma durumu	3,55±0,78	2,52±1,03	1,63±0,93	53,305	0,000 [†]
Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	3,41±0,73	2,52±1,20	1,54±0,77	54,658	0,000 [†]
Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	3,76±0,73	2,83±1,02	1,61±0,78	64,380	0,000 [†]
Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu	3,83±1,00	3,09±1,2	1,9±1,03	46,347	0,000 [†]

^{*}(1: Hiç, 5: Çok fazla) ^{**}Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Katılımcıların arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=54,658$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=64,380$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=46,347$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu puanı sırası ile azalmaktaydı.

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği sınıfı ile Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyutları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılmasına göre; katılımcıların cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=83,098$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça cinsel kaygı alt boyutu ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı.

Tablo 79. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği sınıfının Doğurganlık Sorunu Envanteri ortalama puanına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile APGAR ölçeği sınıfı			X ^{2*}	p
	Şiddetli disfonksiyonel (n=29) Ort.±SS	Orta derecede disfonksiyonel (n=23) Ort.±SS	Yüksek fonksiyonel (n=70) Ort.±SS		
Cinsel kaygı alt boyutu	46,83±4,93	36,13±9,30	18,09±7,00	83,098	0,000 [†]
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	61,76±4,55	55,43±8,73	40,23±12,27	66,746	0,000 [†]
Sosyal kaygı alt boyutu	40,41±6,21	34,52±8,77	22,27±10,10	54,496	0,000 [†]
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	45,48±3,60	37,78±5,86	26,57±9,74	70,074	0,000 [†]
İlişkiler kaygısı alt boyutu	31,24±2,81	19,17±6,63	8,16±3,67	89,105	0,000 [†]
Toplam	225,72±15,41	183,04±29,38	115,31±34,91	85,105	0,000[†]

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,001

Katılımcıların ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2 = 66,746$, $p < 0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2 = 54,496$, $p < 0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2 = 70,074$, $p < 0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2 = 89,105$, $p < 0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı. Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2 = 85,105$, $p < 0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı sırası ile azalmaktaydı.

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) 1. soru (genel sağlık algısı) ve 2. sorusuna (genel hayat kalitesi)

verdikleri yanıtların ortalama puanları beşli likert tipinde Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırıldı. 1. soru (genel sağlık algısı) ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=7,273$, $p=0,026$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olanların genel sağlık algısı puanı; orta derecede disfonksiyonel aileye sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,016$).

Tablo 80. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının Aile APGAR ölçeği sınıfına göre karşılaştırılması

(n=122)	Aile APGAR ölçeği sınıfı			X^2^*	p
	Şiddetli disfonksiyonel (n=29) Ort.±SS	Orta derecede disfonksiyonel (n=23) Ort.±SS	Yüksek fonksiyonel (n=70) Ort.±SS		
Genel sağlık algısı	3,52±0,63	3,87±0,34	3,79±0,61	7,273	0,026 [†]
Genel hayat kalitesi	1,76±0,78	2,70±0,63	3,41±0,69	55,704	0,000 ^{††}
FertiQol duygusal alt boyut	34,76±15,19	50,36±10,72	63,09±17,24	42,465	0,000 ^{††}
FertiQol zihin/beden alt boyut	41,95±10,14	59,05±13,56	73,39±17,80	50,760	0,000 ^{††}
FertiQol ilişkisel alt boyut	23,41±12,06	53,44±14,35	82,85±10,93	88,125	0,000 ^{††}
FertiQol sosyal alt boyut	32,61±12,30	48,55±19,44	70,53±16,80	59,233	0,000 ^{††}
FertiQol çekirdek bölüm	33,18±8,53	52,85±9,57	72,47±12,76	81,191	0,000 ^{††}

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,001$.

2. soru (genel hayat kalitesi) ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=55,704$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça genel hayat kalitesi puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların FertiQol duygusal alt boyut ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=42,465$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça duygusal alt boyut ortalama puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların FertiQol zihin/beden alt boyut ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=50,760$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça zihin/beden alt boyut ortalama puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların FertiQol ilişkisel alt boyut ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=88,125$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça ilişkisel alt boyut ortalama puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların FertiQol sosyal alt boyut ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamlı fark mevcuttu ($X^2=59,233$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça sosyal alt boyut ortalama puanı sırası ile artmaktaydı. Katılımcıların FertiQol çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği sınıfı karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($X^2=81,191$, $p<0,001$). İşlevsellik düzeyi arttıkça toplam ortalama puan sırası ile artmaktaydı.

Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşadıkları zorluklar ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Katılımcıların bütçe etkileme durumu ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bütçe etkileme durumu ile eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,491$, $p<0,001$; $r=-0,443$, $p<0,001$). Bütçe etkileme durumu ile evlilik süresi arasında düşük düzeyde; çocuk istemi süresi arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,299$, $p=0,001$; $r=0,333$, $p<0,001$).

Tablo 81. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşadıkları zorluklarla ilgili verilerinin sosyodemografik veriler ile korelasyonu

		Bütçe etkileme durumu	Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu	Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu	Tek başına kalmış gibi hissetme durumu	Baskı altında hissetme durumu
Yaş	r	0,125	-0,344	-0,229	-0,209	-0,407
	p	0,170	0,000 ^{††}	0,011 [†]	0,021 [†]	0,000 ^{††}
Eğitim durumu	r	-0,491	-0,339	-0,443	-0,573	-0,380
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Gelir durumu	r	-0,443	-0,450	-0,534	-0,593	-0,459
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Evlilik süresi (yıl)	r	0,299	-0,198	-0,076	0,073	-0,157
	p	0,001 ^{††}	0,029 [†]	0,405	0,425	0,085
Çocuk istemi süresi (yıl)	r	0,333	-0,181	-0,055	0,116	-0,130
	p	0,000 ^{††}	0,045 [†]	0,549	0,203	0,155

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r=$ Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu ile yaş, eğitim durumu, gelir durumu arasında orta düzeyde; evlilik süresi, çocuk istemi süresi arasında ise düşük düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,344$, $p<0,001$; $r=-0,339$, $p<0,001$; $r=-0,450$, $p<0,001$; $r=-0,198$,

$p=0,029$; $r=-0,181$, $p=0,045$). Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,229$, $p=0,011$; $r=-0,443$, $p<0,001$; $r=-0,534$, $p<0,001$). Tek başına kalmış gibi hissetme durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Tek başına kalmış gibi hissetme durumu ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,209$, $p=0,021$; $r=-0,573$, $p<0,001$; $r=-0,593$, $p<0,001$). Baskı altında hissetme durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Baskı altında hissetme durumu ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu ile arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,407$, $p<0,001$; $r=-0,380$, $p<0,001$; $r=-0,459$, $p<0,001$).

Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verileri ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Eş desteğini yetersiz bulma durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Eş desteğini yetersiz bulma durumu ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu ile arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,216$, $p=0,017$; $r=-0,522$, $p<0,001$; $r=-0,575$, $p<0,001$).

Tablo 82. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda eş desteği ve cinsel yaşamla ilgili verilerinin sosyodemografik veriler ile korelasyonu

		Eş desteğini yetersiz bulma durumu	Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu	Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu
Yaş	r	-0,216	-0,307	-0,293
	p	0,017 [†]	0,001 ^{††}	0,001 ^{††}
Eğitim durumu	r	-0,522	-0,575	-0,463
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Gelir durumu	r	-0,575	-0,593	-0,510
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Evlilik süresi (yıl)	r	-0,050	0,062	-0,032
	p	0,584	0,495	0,729
Çocuk istemi süresi (yıl)	r	-0,031	0,081	-0,017
	p	0,735	0,375	0,853

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r=$ Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,307$, $p=0,001$; $r=-0,575$, $p<0,001$; $r=-0,593$, $p<0,001$). Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,293$, $p=0,001$; $r=-0,463$, $p<0,001$; $r=-0,510$, $p<0,001$).

Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteğiyle ilgili verileri ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Aile desteğini yetersiz bulma durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile desteğini yetersiz bulma durumu ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,190$, $p=0,036$; $r=-0,445$, $p<0,001$; $r=-0,429$, $p<0,001$).

Tablo 83. Katılımcıların çocuk sahibi olma güçlüğü konusunda aile ve arkadaş desteğiyle ilgili verilerinin sosyodemografik veriler ile korelasyonu

		Aile desteğini yetersiz bulma durumu	Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu	Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu	Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu
Yaş	r	-0,190	-0,257	-0,284	-0,376
	p	0,036 [†]	0,004 ^{††}	0,002 ^{††}	0,000 ^{††}
Eğitim durumu	r	-0,445	-0,395	-0,499	-0,405
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Gelir durumu	r	-0,429	-0,425	-0,516	-0,432
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Evlilik süresi (yıl)	r	-0,077	-0,116	-0,014	-0,151
	p	0,402	0,202	0,878	0,097
Çocuk istemi süresi (yıl)	r	-0,058	-0,096	0,007	-0,117
	p	0,523	0,292	0,943	0,198

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r=$ Spearman's rho katsayısı.

[†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,257$, $p=0,004$; $r=-0,395$, $p<0,001$; $r=-0,425$, $p<0,001$). Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,284$, $p=0,002$; $r=-0,499$, $p<0,001$; $r=-0,516$, $p<0,001$). Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,376$, $p<0,001$; $r=-0,405$, $p<0,001$; $r=-0,432$, $p<0,001$).

Tablo 84. Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyut ve toplam ortalama puanlarının sosyodemografik veriler ile korelasyonu

		Cinsel kaygı alt boyutu	Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	Sosyal kaygı alt boyutu	Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	İlişkiler kaygısı alt boyutu	Toplam
Yaş	r	-0,310	-0,318	-0,344	-0,310	-0,203	-0,345
	p	0,001 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,025 [†]	0,000 ^{††}
Eğitim durumu	r	-0,520	-0,588	-0,439	-0,578	-0,461	-0,575
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Gelir durumu	r	-0,610	-0,640	-0,476	-0,656	-0,564	-0,657
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Evlilik süresi (yıl)	r	-0,064	-0,101	-0,184	-0,061	-0,044	-0,101
	p	0,481	0,268	0,042	0,505	0,631	0,270
Çocuk istemi süresi (yıl)	r	-0,039	-0,076	-0,136	-0,031	-0,023	-0,067
	p	0,673	0,404	0,134	0,738	0,798	0,466

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyut ve toplam ortalama puanları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Cinsel kaygı alt boyutu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Cinsel kaygı alt boyutu ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,310$, $p=0,001$; $r=-0,520$, $p<0,001$; $r=-0,610$, $p<0,001$). Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında

anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,318$, $p<0,001$; $r=-0,588$, $p<0,001$; $r=-0,640$, $p<0,001$). Sosyal kaygı alt boyutu ile çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Sosyal kaygı alt boyutu ile yaş, eğitim durumu, gelir durumu arasında orta düzeyde; evlilik süresi arasında ise düşük düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,344$, $p<0,001$; $r=-0,439$, $p<0,001$; $r=-0,476$, $p<0,001$; $r=-0,184$, $p=0,042$). Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,310$, $p=0,001$; $r=-0,578$, $p<0,001$; $r=-0,656$, $p<0,001$). İlişkiler kaygısı alt boyutu ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). İlişkiler kaygısı alt boyutu ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,203$, $p=0,025$; $r=-0,461$, $p<0,001$; $r=-0,564$, $p<0,001$). Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam ortalama puanı ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,345$, $p<0,001$; $r=-0,575$, $p<0,001$; $r=-0,657$, $p<0,001$).

Tablo 85. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ve yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının sosyodemografik veriler ile korelasyonu

		Aile APGAR ölçeği ortalama puanı	Genel sağlık algısı	Genel hayat kalitesi	FertiQol duygusal alt boyut	FertiQol zihin /beden alt boyut	FertiQol ilişkisel alt boyut	FertiQol sosyal alt boyut	FertiQol çekirdek bölüm
Yaş	r	0,217	-0,037	0,263	0,410	0,340	0,195	0,311	0,341
	p	0,016 [†]	0,687	0,003 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,032 [†]	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Eğitim durumu	r	0,616	0,275	0,480	0,414	0,444	0,562	0,490	0,551
	p	0,000 ^{††}	0,002 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Gelir durumu	r	0,684	0,244	0,576	0,477	0,509	0,621	0,528	0,613
	p	0,000 ^{††}	0,007 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Evlilik süresi (yıl)	r	-0,026	-0,115	-0,011	0,181	0,099	-0,050	0,093	0,071
	p	0,777	0,205	0,901	0,046	0,280	0,582	0,310	0,434
Çocuk istemi süresi (yıl)	r	-0,060	-0,118	-0,032	0,149	0,077	-0,073	0,058	0,041
	p	0,514	0,197	0,730	0,101	0,397	0,427	0,529	0,653

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu, gelir durumu arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,217$, $p=0,016$; $r=0,616$, $p<0,001$; $r=0,684$, $p<0,001$).

Katılımcıların Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) alt boyut ve çekirdek bölüm toplam ortalama puanları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. 1. Soru (genel sağlık algısı) ile yaş, evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). 1. soru (genel sağlık algısı) ile eğitim durumu ve gelir durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,275$, $p=0,002$; $r=0,244$, $p=0,007$). 2. soru (genel hayat kalitesi) ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). 2. soru (genel hayat kalitesi) ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,263$, $p=0,003$; $r=0,480$, $p<0,001$; $r=0,576$, $p<0,001$).

FERTİQOL duygusal alt boyut ortalama puanı ile çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). FERTİQOL duygusal alt boyut ortalama puanı ile yaş, eğitim durumu, gelir durumu arasında orta düzeyde; evlilik süresi arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,410$, $p<0,001$; $r=0,414$, $p<0,001$; $r=0,477$, $p<0,001$; $r=0,181$, $p=0,046$). FERTİQOL zihin/beden alt boyut ortalama puanı ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). FERTİQOL zihin/beden alt boyut ortalama puanı ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,340$, $p<0,001$; $r=0,444$, $p<0,001$; $r=0,509$, $p<0,001$). FERTİQOL ilişkisel alt boyut ortalama puanı ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). FERTİQOL ilişkisel alt boyut ortalama puanı ile yaş arasında düşük düzeyde; eğitim durumu ve gelir durumu arasında ise orta düzeyde pozitif yönde

anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,195$, $p=0,032$; $r=0,562$, $p<0,001$; $r=0,621$, $p<0,001$). FERTİQOL sosyal alt boyut ortalama puanı ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). FERTİQOL sosyal alt boyut ortalama puanı ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,311$, $p<0,001$; $r=0,490$, $p<0,001$; $r=0,528$, $p<0,001$). FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ile evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ile yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,341$, $p<0,001$; $r=0,551$, $p<0,001$; $r=0,613$, $p<0,001$).

Tablo 86. Katılımcıların DSE alt boyut ve toplam ortalama puanları, Aile APGAR ölçeği ve FERTİQOL alt boyut ve toplam ortalama puanlarının korelasyonu

		Aile APGAR toplam puan	Genel sağlık algısı	Genel hayat kalitesi	FertiQol duygusal alt boyut	FertiQol zihin/beden alt boyut	FertiQol ilişkisel alt boyut	FertiQol sosyal alt boyut	FertiQol çekirdek bölüm
Cinsel kaygı alt boyutu	r	-0,880	-0,248	-0,750	-0,746	-0,756	-0,791	-0,802	-0,887
	p	0,000 [†]	0,006 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]
Ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu	r	-0,801	-0,275	-0,746	-0,809	-0,830	-0,714	-0,846	-0,899
	p	0,000 [†]	0,002 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]
Sosyal kaygı alt boyutu	r	-0,739	-0,165	-0,676	-0,847	-0,792	-0,619	-0,905	-0,879
	p	0,000 [†]	0,070	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]
Çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu	r	-0,812	-0,278	-0,730	-0,826	-0,831	-0,729	-0,822	-0,905
	p	0,000 [†]	0,002 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]
İlişkiler kaygısı alt boyutu	r	-0,882	-0,121	-0,616	-0,500	-0,543	-0,899	-0,617	-0,749
	p	0,000 [†]	0,185	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]
DSE Toplam	r	-0,896	-0,241	-0,771	-0,838	-0,845	-0,805	-0,886	-0,958
	p	0,000 [†]	0,007 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]
Aile APGAR toplam	r	1,000	0,269	0,756	0,679	0,699	0,923	0,773	0,887
	p	.	0,003 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]	0,000 [†]

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r=$ Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyut ve toplam ortalama puanları ile Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ve Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FERTİQOL) alt boyut ve toplam ortalama puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı ile cinsel kaygı alt boyutu, ebeveyn olma

ihtiyacı alt boyutu, sosyal kaygı alt boyutu, çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu, ilişkiler kaygısı alt boyutu ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,880$, $p<0,001$; $r=-0,801$, $p<0,001$; $r=-0,739$, $p<0,001$; $r=-0,812$, $p<0,001$; $r=-0,882$, $p<0,001$; $r=-0,896$, $p<0,001$).

FERTİQOL 1. soru olan genel sağlık algısı ile cinsel kaygı alt boyutu, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu, çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,248$, $p=0,006$; $r=-0,275$, $p=0,002$; $r=-0,278$, $p=0,002$; $r=-0,241$, $p=0,007$). Sosyal kaygı alt boyutu ve ilişkiler kaygısı alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p<0,05$). FERTİQOL 1. Soru (genel sağlık algısı) ile Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,269$, $p=0,003$). FERTİQOL 2. soru olan genel hayat kalitesi ile cinsel kaygı alt boyutu, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu, çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,750$, $p<0,001$; $r=-0,746$, $p<0,001$; $r=-0,730$, $p<0,001$; $r=-0,771$, $p<0,001$). Sosyal kaygı alt boyutu ve ilişkiler kaygısı alt boyutu ile arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,676$, $p<0,001$; $r=-0,616$, $p<0,001$). FERTİQOL 2. Soru (genel hayat kalitesi) ile Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,756$, $p<0,001$). FERTİQOL duygusal alt boyut ile cinsel kaygı alt boyutu, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu, sosyal kaygı alt boyutu, çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,746$, $p<0,001$; $r=-0,809$, $p<0,001$; $r=-0,847$, $p<0,001$; $r=-0,826$, $p<0,001$; $r=-0,838$, $p<0,001$). İlişkiler kaygısı alt boyutu ile arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,500$, $p<0,001$). FERTİQOL duygusal alt boyut ile Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,679$, $p<0,001$). FERTİQOL zihin/beden alt boyut ile cinsel kaygı alt boyutu, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu, sosyal kaygı alt boyutu, çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı arasında yüksek

düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,756$, $p<0,001$; $r=-0,830$, $p<0,001$; $r=-0,792$, $p<0,001$; $r=-0,831$, $p<0,001$; $r=-0,845$, $p<0,001$). İlişkiler kaygısı alt boyutu ile arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,543$, $p<0,001$). FERTİQOL zihin/beden alt boyut ile Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,699$, $p<0,001$). FERTİQOL ilişkisel alt boyut ile cinsel kaygı alt boyutu, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu, çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu, ilişkiler kaygısı alt boyutu ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,791$, $p<0,001$; $r=-0,714$, $p<0,001$; $r=-0,729$, $p<0,001$; $r=-0,899$, $p<0,001$; $r=-0,805$, $p<0,001$). Sosyal kaygı alt boyutu ile arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,619$, $p<0,001$). FERTİQOL ilişkisel alt boyut ile Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,923$, $p<0,001$). FERTİQOL sosyal alt boyut ile cinsel kaygı alt boyutu, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu, sosyal kaygı alt boyutu, çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu, ilişkiler kaygısı alt boyutu ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,802$, $p<0,001$; $r=-0,846$, $p<0,001$; $r=-0,905$, $p<0,001$; $r=-0,822$, $p<0,001$; $r=-0,886$, $p<0,001$). İlişkiler kaygısı alt boyutu ile arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,617$, $p<0,001$). FERTİQOL sosyal alt boyut ile Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,773$, $p<0,001$). FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ile cinsel kaygı alt boyutu, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu, sosyal kaygı alt boyutu, çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu, ilişkiler kaygısı alt boyutu ve doğurganlık sorunu envanteri toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,887$, $p<0,001$; $r=-0,899$, $p<0,001$; $r=-0,879$, $p<0,001$; $r=-0,905$, $p<0,001$; $r=-0,749$, $p<0,001$; $r=-0,958$, $p<0,001$). FERTİQOL çekirdek bölüm toplam ortalama puanı ile Aile APGAR ölçeği toplam ortalama puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,887$, $p<0,001$).

Bu araştırmada elde ettiğimiz verilerin analizi sonucunda ulaştığımız bulguların özeti aşağıda maddeler halinde verilmiştir.

1. Evlilik süresi ve çocuk istemi süresinin çalışmayanlarda çalışanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
2. Bütçe etkileme durumu, geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu, hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu, tek başına kalmış gibi hissetme durumu, baskı altında hissetme durumu, eş desteğini yetersiz bulma durumu, eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu, cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu, aile desteğini yetersiz bulma durumu, arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu, aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ve hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumunun çalışmayanlarda; çalışanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
3. Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut puanlarının çalışmayanlarda çalışanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
4. FERTİQOL 1. soru (genel sağlık algısı), 2. soru (genel hayat kalitesi) puanı ile FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı ve duygusal, zihin/beden, ilişkisel, sosyal alt boyut puanlarının çalışmalarda; çalışmalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
5. Aile APGAR ölçeği puanının çalışmalarda çalışmalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
6. Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu, tek başına kalmış gibi hissetme durumu, baskı altında hissetme durumu, eş desteğini yetersiz bulma durumu, eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu, cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu, aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ve hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumunun geniş aileye sahip olanlarda; çekirdek aileye sahip olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
7. Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut puanlarının geniş aileye sahip olanlarda; çekirdek aileye sahip olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

8. FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı ve duygusal, zihin/beden, ilişkisel, sosyal alt boyut puanlarının geniş aileye sahip olanlarda; çekirdek aileye sahip olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
9. Aile APGAR ölçeği ortalama puanının geniş aileye sahip olanlarda; çekirdek aileye sahip olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
10. Bütçe etkileme durumu, geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu, hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu, tek başına kalmış gibi hissetme durumu, baskı altında hissetme durumu, eş desteğini yetersiz bulma durumu, eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu, cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu, aile desteğini yetersiz bulma durumu, arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu, aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ve hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumunun görücü usulü evlenenlerde; serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
11. Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut puanlarının görücü usulü evlenenlerde; serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
12. FERTİQOL 1. soru (genel sağlık algısı) ve 2. soru (genel hayat kalitesi) puanı ile FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı ve duygusal, zihin/beden, ilişkisel, sosyal alt boyut puanlarının görücü usulü evlenenlerde; serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
13. Aile APGAR ölçeği toplam puanının görücü usulü evlenenlerde; serbest arkadaşlık kurarak evlenenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
14. Yaş, evlilik süresi ve çocuk istemi süresinin geçmişte yardımcı üreme teknikleriyle tedavi görmüş olanlarda; tedavi görmemiş olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
15. Bütçe etkileme durumunun geçmişte yardımcı üreme teknikleriyle tedavi görmüş olanlarda; tedavi görmemiş olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

16. Baskı altında hissetme durumunun geçmişte yardımcı üreme teknikleriyle tedavi görmemiş olanlarda; tedavi görmüş olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
17. Doğurganlık Sorunu Envanteri ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi alt boyut puanlarının geçmişte yardımcı üreme teknikleriyle tedavi görmemiş olanlarda; tedavi görmüş olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
18. FERTİQOL 2. soru (genel hayat kalitesi) puanının ve duygusal alt boyut puanının geçmişte yardımcı üreme teknikleriyle tedavi görmemiş olanlarda; tedavi görmüş olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
19. Bütçe etkileme durumunun DSE sınıfı düşük düzeyli stres olanlarda; orta yüksek düzeyli ve yüksek düzeyli stres olanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir.
20. Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu, hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu, tek başına kalmış gibi hissetme durumu, baskı altında hissetme durumu, eş desteğini yetersiz bulma durumu, eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu, cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu, aile desteğini yetersiz bulma durumu, arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu, aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ve hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumunun; en fazla DSE sınıfı yüksek düzeyli stres olanlarda olmak üzere sırasıyla DSE sınıfı orta yüksek, orta ve düşük düzeyli stres olanlarda olduğu tespit edilmiştir.
21. Bütçe etkileme durumu, geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu, hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu, cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumunun Aile APGAR ölçeği sınıfına göre yüksek fonksiyonel aileye sahip olanlarda; şiddetli disfonksiyonel ve orta derecede disfonksiyonel aileye sahip olanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir.
22. Tek başına kalmış gibi hissetme durumu, eş desteğini yetersiz bulma durumu, eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu, aile desteğini yetersiz bulma durumu, arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu, aile ve arkadaşlarının

dışına itilmiş hissetme durumu ve hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumunun en fazla şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olanlarda olmak üzere sırasıyla orta derecede disfonksiyonel aileye ve yüksek fonksiyonel aileye sahip olanlarda olduğu tespit edilmiştir.

23. Baskı altında hissetme durumunun şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olanlarda; orta derecede disfonksiyonel ve yüksek fonksiyonel aileye sahip olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
24. FERTİQOL 1. soru (genel sağlık algısı) puanının şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olanlarda; orta derecede disfonksiyonel aileye sahip olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
25. FERTİQOL 2. soru (genel hayat kalitesi) puanı ile FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı ve duygusal, zihin/beden, ilişkisel, sosyal alt boyut puanlarının en fazla yüksek fonksiyonel aileye sahip olanlarda olmak üzere sırasıyla orta derecede disfonksiyonel aileye ve şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olanlarda olduğu tespit edilmiştir.
26. Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça; bütçe etkileme durumu azalmaktadır.
27. Evlilik süresi ve çocuk istemi süresi arttıkça; bütçe etkileme durumu artmaktadır.
28. Yaş, evlilik süresi, çocuk istemi süresi, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça; geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeni ile rahatsız hissetme durumu azalmaktadır.
29. Yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça; hayatı üzerinde kontrolünü yitirmiş gibi hissetme durumu, tek başına kalmış gibi hissetme durumu, baskı altında hissetme durumu, eş desteğini yetersiz bulma durumu, eşinin kendisini suçladığını düşünme durumu, cinsel hayatta sorun yaşadığını düşünme durumu, aile desteğini yetersiz bulma durumu, arkadaş desteğini yetersiz bulma durumu, aile ve arkadaşlarının dışına itilmiş hissetme durumu ve hamile veya çocuklu arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınma durumu azalmaktadır.
30. Yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça; Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut puanları azalmaktadır.

31. Evlilik süresi arttıkça; Doğurganlık Sorunu Envanteri sosyal kaygı alt boyutu puanı azalmaktadır.
32. Yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça; Aile APGAR ölçeği toplam puanı artmaktadır.
33. FERTİQOL 1. soru (genel sağlık algısı) puanı eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça artmaktadır.
34. Yaş, evlilik süresi, eğitim düzeyi, gelir düzeyi arttıkça; FERTİQOL duygusal alt boyut puanı artmaktadır.
35. Yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi arttıkça; FERTİQOL 2. soru (genel hayat kalitesi) puanı ile FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı ve zihin/beden, ilişkisel, sosyal alt boyut puanları artmaktadır.
36. Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut puanları arttıkça; Aile APGAR ölçeği toplam puanı azalmaktadır.
37. Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, , çocuksuz yaşamın reddi alt boyut puanı arttıkça; FERTİQOL 1. soru (genel sağlık algısı) puanı azalmaktadır.
38. Doğurganlık Sorunu Envanteri toplam puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut puanı arttıkça; FERTİQOL 2. soru (genel hayat kalitesi) puanı ile FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı ve duygusal, zihin/beden, ilişkisel, sosyal alt boyut puanı azalmaktadır.
39. Aile APGAR ölçeği toplam puanı arttıkça; FERTİQOL 1. Soru(genel sağlık algısı), 2. Soru (genel hayat kalitesi) puanı ile FERTİQOL çekirdek bölüm toplam puanı ve duygusal, zihin/beden, ilişkisel, sosyal alt boyut puanları artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Üreme ve soyun devamını sağlama canlıların en önemli içgüdülerinden biridir. Ülkemizde ve Dünya’da sıklığı gittikçe artan infertilite; fiziksel, sosyal, ekonomik, ruhsal sorunları beraberinde getiren yaşamsal bir krizdir. İnfertilite sorunu yaşayan çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa çıkmaktadır. Aile işlevselliği bu sürecin sağlıklı olması ve zorlukların aşılması açısından önemlidir. Yaşanılan zorluklar ve aile işlevselliğinin bozulması yaşam kalitesini de etkilemektedir. İnfertil kadınların yaş, sosyodemografik özellikler ve çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşadıkları zorluklar ile aile işlevselliği ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulgularının tartışılması aşağıdaki gibidir.

Çalışmamıza katılan infertil kadınların yaş ortalamasının $32,88 \pm 5,78$ olduğu saptanmıştır. Literatürde infertil kadın hastaların yaşlarına bakıldığında; kadınların doğurgan oldukları dönemin 15-49 yaşları arasında olduğu kabul edilmekle birlikte 20-34 yaşları arasının çocuk doğurmaya en uygun yaşlar olduğu düşünülmektedir (113). Cetişli ve ark. (2018) yaptıkları çalışmaya katılan infertil kadınların yaş ortalamasının $30,46 \pm 4,71$ olduğunu belirtmiştir (114). Cetişli ve Serçekuş’un (2015) yaptıkları bir çalışmada infertil kadın hastaların yaş ortalamaları $28,73 \pm 4,38$ olarak belirtilmiştir (115). Çetinbaş’ın (2014) çalışmasında infertil kadınların yaş ortalamaları $31,74 \pm 5,49$ olarak tespit edilmiştir (38). Yaylagülü ve Yorulmaz’ın (2017) infertil kadınlarla yaptıkları bir diğer çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları $35,95 \pm 4,84$ yıl olarak saptanmıştır (116). Salur (2022) yaptığı çalışmada infertil kadınların yaş ortalamasının $31,22 \pm 6,02$ olduğunu bildirmiştir (117). Literatürde yaş arttıkça kadınlarda fertilité hızının azaldığı ve özellikle 30 yaşından sonra düşmeye başladığı belirtilmektedir (5,13). Çalışmamızdaki bulgular literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcıların %24,6’sının yüksek eğitim durumuna (üniversite ve üzeri); %46,7’sinin (%17,2’si ortaokul mezunu, %29,5’i lise mezunu) orta eğitim durumuna; %28,7’sinin (%8,2’i eğitim almamış, %20,5’i ilköğretim mezunu) düşük eğitim durumuna sahip olduğu saptanmıştır. Literatürde infertil kadınların eğitim durumuna bakıldığında; bazı bulguların çalışmamızla benzer, bazılarının ise farklı olduğu görüldü. Bu durum araştırmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel

özelliklerinin farklı olmasıyla açıklanabilir. Aarts ve ark. (2011) yaptıkları çalışmaya katılanların %42'sinin yüksek eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır (118). Yaylagülü ve Yorulmaz'ın (2017) yaptıkları bir diğer çalışmada ise katılımcıların %70'inin eğitim seviyesinin lisans düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (116). Ozan ve Duman'ın (2018) yaptıkları bir çalışmada çalışmaya katılanların %11,3'ünün eğitim seviyesinin üniversite ve üzerinde olduğu belirtilmiştir (119). Cetişli ve ark. (2018) yaptıkları çalışmaya katılan kadınların %38,1'ini ilköğretim mezunu, %42,9'unu ortaöğretim mezunu, %19'unu yükseköğretim mezunu olarak tespit etmişlerdir (114). Cetişli ve Serçekuş'un (2015) yaptığı çalışmaya katılan kadınların %63,4'ü ilköğretim mezunu, %21,4'ü ortaöğretim mezunu, %15,2'si üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir (115). Çetinbaş (2014)'ın yaptığı çalışmada eğitim düzeyleri okuryazar-okuryazar olmayan %4,2, ilkokul mezunu %24,4, ortaokul mezunu %8,4, lise mezunu %31,1, ön lisans mezunu %12,6 ve lisans mezunu %16,8, yüksek lisans mezunu %2,5 şeklinde bildirilmiştir (38). Salur (2022) yaptığı çalışmada katılımcıların % 15,3'ünün eğitim durumunu ilkokul mezunu, %19,4'ünü ortaokul mezunu, %23,4'ünü lise mezunu, % 41,9'unu üniversite olarak bildirmiştir (117).

Çalışmamızda katılımcıların %63,9'ının çalışmadığı, %36,1'inin çalıştığı tespit edilmiştir. Literatürde infertil kadınların çalışma durumuna bakıldığında; bazı bulguların çalışmamızla benzer, bazılarının ise farklı olduğu görüldü. Bu durum araştırmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel özelliklerinin farklı olmasıyla açıklanabilir. Çetinbaş (2014)'ın yaptığı çalışmada katılımcıların %62,2'sinin çalışmadığı saptanmıştır (38). Ozan ve Duman (2018)'ın yaptıkları bir çalışmaya göre; katılımcıların %89,1'inin çalışmadığı tespit edilmiştir (119). Yaylagülü ve Yorulmaz'ın (2017) yaptığı çalışmada katılımcıların %40'ının çalışmadığı saptanmıştır (116). Oğuz (2004), infertil kadınlar ile yaptığı bir çalışmada çalışmaya katılanların %55,3'ünün çalışmadığını saptamıştır (120). Cetişli ve Serçekuş (2015) yaptıkları çalışmaya katılan kadınların %79,5'inin çalışmadığını belirtmişlerdir (115). Salur (2022) çalışmasında katılımcıların % 56,8'inin çalışmadığını tespit etmiştir (117).

Çalışmamızda katılımcıların %43,4'ünün düşük, %25,4'ünün orta, %31,1'inin yüksek gelir seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatürde infertil kadınların gelir durumuna bakıldığında; bazı bulguların çalışmamızla benzer,

bazılarının ise farklı olduğu görüldü. Bu durum araştırmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel özelliklerinin farklı olmasıyla açıklanabilir. Salur (2022) yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların %20,7'sinin gelirinin giderinden az olduğunu, %59,9'unun gelirinin giderine eşit bulunduğunu ve % 19,4'ünün gelirinin giderinden fazla olduğunu saptamıştır (117). Tashbulatova (2007) çalışmasında katılımcıların yarısından fazlasının düşük gelir düzeyine sahip olduğunu tespit etmiştir (121). Cetişli ve ark. (2018) çalışmalarına katılan kadınların %21,4'ünün iyi, %65,5'inin orta, %13,1'inin ise kötü gelir durumuna sahip olduğunu belirtmiştir (114). Cetişli ve Serçekuş (2015) yaptıkları çalışmaya katılan kadınların %55,4'ünün orta, %35,7'sinin iyi, %8,9'unun ise çok iyi gelir durumuna sahip olduğunu belirtmiştir (115). Yaylagülü ve Yorulmaz'ın (2017) yaptıkları çalışmada katılımcıların %25'i geliri giderinden az, %47'si geliri giderine eşit olarak saptanmıştır (116). Ozan ve Duman (2018)'in yaptıkları çalışmada katılımcıların % 33,5'inin geliri giderinden az, % 53,5'inin geliri giderine eşit, % 13'ü geliri giderinden fazla tespit edilmiştir (119).

Çalışmamızda katılımcıların %87,7 sinin çekirdek aile, %12,3'ünün geniş aile olarak yaşadığı saptanmıştır. Literatürde aile yapısına bakıldığında; çalışmamızla benzer bulgular elde edildiği görülmüştür. Salur (2022) katılımcıların % 85,6' sının çekirdek aile olarak yaşadığını saptamıştır (117). Bodur ve ark. (2013) yaptıkları çalışmaya katılan infertil çiftlerin %80,8'inin çekirdek aile olarak yaşadığını bildirmiştir (122). Çelik (2018) çalışmasında katılımcıların %95,5'inin çekirdek aile olarak, %4,5'inin ise geniş aile olarak yaşadığını belirtmiştir (123). Çetinbaş (2014)'ın yaptığı çalışmada katılımcıların %80,7'sinin çekirdek ailesi ile yaşadığı, %16,8'inin eşinin ailesi ile, %2,5'inin kendi ailesi ile yaşadığı saptanmıştır (38).

Çalışmamıza katılan kadınların %52,5'inin görücü usulü, %47,5'inin serbest arkadaşlık kurarak evlendiği tespit edilmiştir. Literatürde infertil çiftlerin evlilik biçimine bakıldığında; bazı bulguların çalışmamızla benzer, bazılarının ise farklı olduğu görüldü. Bu durum araştırmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel özelliklerinin farklı olmasıyla açıklanabilir. Salur (2022)'un çalışmasında çalışmaya katılanların evlilik biçiminin %49,1'i anlaşarak, %46,8'i görücü usulü isteyerek olduğu tespit edilmiştir (117). Çetinbaş (2014)'ın çalışmasında çalışmaya katılanların %84'ünün tanışarak evlendiği tespit edilmiştir (38). Keskin ve Gümüş (2014) çalışmalarında katılımcıların %59,4'ünün tanışarak evlendiğini belirtmişlerdir (12).

Zeren (2019) çalışmasında katılımcıların %73,2'sinin tanışarak evlendiğini belirtmiştir (30). Yaylagülü (2017) yaptığı çalışmada kadınların %33'ünün görücü usulüyle (isteyerek) evlendiğini, %49'unun ise arkadaş çevresinde tanışıp evlendiklerini bildirmiştir (124). Cetişli ve Serçekuş'un (2015) yaptığı çalışmaya katılan kadınların %69,6'sının flört ederek, %30,4'ünün ise görücü usulü evlendiğini belirtmiştir (115).

Çalışmamızda ortalama evlilik süresi $7,43 \pm 5,00$ yıl olarak tespit edilmiştir. Literatürde infertil çiftlerin evlilik sürelerine bakıldığında; Yaylagülü ve Yorulmaz (2017) çalışmasına katılan kadınların %49'unun 1-5 yıl, % 25'inin 6-10 yıl, %26'sının 10 yıl ve üzeri süredir evli olduğunu saptamıştır (116). Taşçı ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada katılımcıların %70,1'inin 5 yıl ve daha fazla süredir evli olduğunu; Bayram (2009) yaptığı çalışmada katılımcıların %65,5'inin 5 yıl ve daha uzun süredir evli olduğunu; Kırço (2009) yaptığı çalışmada katılımcıların %52,7'sinin 6 yıl ve daha fazla süredir evli olduğunu tespit etmiştir (125-127). Cetişli ve Serçekuş'un (2015) yaptığı çalışmaya katılan kadınların ortalama evlilik süresi $3,97 \pm 1,78$ olarak belirtilmiştir (115).

Çalışmamızda geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumunun %58,2 olduğu saptanmıştır. Literatürde infertil çiftlerin geçmişte yardımcı üreme teknikleri ile tedavi görme durumuna bakıldığında; Salur (2022) yaptığı çalışmada; katılımcıların % 64,9'unun geçmişte tedavi yöntemi kullanımı olduğunu belirtmiştir (117). Halıcı ve Saatci (2021) yaptıkları çalışmada katılımcıların %23,8'inin geçmişte tedavi yöntemi kullanımı olduğunu tespit etmişlerdir (128). Yaylagülü (2017) çalışmasında infertilite tanısı konmuş kadınların %89'unun daha önce tedavi öyküsü olduğunu belirtmiştir (124). Toplumumuzda çocuk sahibi olmaya verilen önemin, tedavi yöntemlerine daha erken başvurulmasına neden olarak; tedavi yöntemi kullanımı öyküsünün fazla olmasına yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların %25,4'ünde erkek kaynaklı infertilite, %38,52'inde kadın kaynaklı infertilite, %13,9'unda hem kadın hem erkeğe bağlı infertilite, %22,1'inin ise nedeni bilinmeyen infertilite olduğu saptanmıştır. Literatürde infertilite nedenlerine bakıldığında; oranların çalışmadan çalışmaya farklılık gösterdiği görülmektedir. Salur (2022) yaptığı çalışmada katılımcıların %

36'sında kadına bağılı infertilite, % 25,7'sinde erkeğe bağılı infertilite, % 22,5'inde hem erkeğe hem kadına bağılı infertilite, % 15,8'inde ise nedeni bilinmeyen infertilite olduğunu saptamıştır (117). Çelik (2018) ve Pedro (2017) yaptıkları çalışmalarda tespit ettikleri infertilite nedeninin en çok kadın kaynaklı ve en az açıklanamayan infertilite olduğunu bildirmişlerdir (123,129). Bayram'ın (2009) çalışmasında vakaların %37,1'sinin erkek kaynaklı, %20,7'sinin kadın kaynaklı, %12,9'unun hem kadın hem erkek kaynaklı, %29,3'ünün ise açıklanamayan infertilite olduğunu bildirmiştir (126). Taşçı ve ark. (2008) çalışmalarında katılımcıların %49'unun erkek faktörü nedeniyle, %19'unun kadın faktörü nedeniyle, %12'sinin hem kadın hem erkek faktörü nedeniyle infertilite sorunu yaşadığını ve %14'ünde ise infertilite nedeninin henüz tespit edilememiş olduğunu bildirmişlerdir (125). Oğuz (2004) yaptığı çalışmada infertilite nedeninin %34 kadına bağılı, %32 erkeğe bağılı, %16 hem erkeğe hem kadına bağılı olduğunu bildirmiştir (120). Ataman (2007) yaptığı çalışmada vakaların %24'ünün kadın kaynaklı infertilite, %20'sinin erkek kaynaklı infertilite, %16'sının hem kadın hem erkek kaynaklı infertilite, %40'ının nedeni bilinmeyen infertilite olduğunu tespit etmiştir (130).

Çalışmamızda katılımcıların %20,5'inin yüksek, %15,6'sının orta yüksek, % 39,3'ünün ise orta düzeyli strese sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatürde infertil kadınlarda doğurganlık sorunu envanteri ile yapılan çalışmalara bakıldığında; Karaca (2015) çalışmasında çalışmaya katılan kadın hastaların doğurganlık sorunu envanteri stres puanlarının yüksek olduğunu tespit etmiştir (103). Eren (2008), infertil kadınların psikolojik stres derecesini ölçtüğü çalışmasında katılımcıların yarısının infertilite deneyimini yaşamlarındaki en sıkıntı verici deneyim olarak ifade ettiklerini bildirmiştir (131). Alibaşoğlu (2010) çalışmasında infertilite sorunu yaşayan kadın hastalardaki global stres puanının hipertansiyon, kardiyak rehabilitasyon ve kanser gibi hastalıklardaki global stres puanlarına yakın olduğunu saptamıştır (132).

Çalışmamızda Global Stres Puanı ortalaması $154,33 \pm 56,26$ ile standart ortalamanın üzerinde çıkmıştır ve literatürle uyumlu olarak infertil kadınların infertilite ile ilişkili olarak yüksek düzeyde stres yaşadıkları bilgisini desteklemektedir. Literatürde infertil kadınlarda Doğurganlık Sorunu Envanteri Global Stres Puanı (GSP) ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; Çakı ve Sohbet (2021) Doğurganlık Sorunu Envanterinin standart Global Stres Puanı ortalamasının

134,4±33,8 olduğunu ve kendilerinin çalışmalarında infertil kadınların GSP'sinin 159,3±23,7 olduğunu bildirmişlerdir (133). Karaca (2015) çalışmasında infertil kadın hastaların GSP'sinin 171,5±33,6 olduğunu tespit etmiştir (103). Gün ve Sevil'in (2017) yaptıkları çalışmada kadınların GSP'sinin 145,86±35,39 olduğu saptanmıştır (107). Sexton (2010)'un deneysel türde yaptığı bir çalışmada infertil hastaların müdahale öncesinde ve sonrasında DSE puanları hesaplanmış olup; ikisinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir (134). Ayhan (2019) yaptığı çalışmaya katılan infertil kadınların global stres ortalama puanının 136,71±26,49 olduğunu bildirmiştir (135). Kalcı (2019) yaptığı çalışmada infertilite kaynaklı global stres puan ortalamasının 129,79±25,60 olduğunu belirtmiştir (136).

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan Doğurganlık Sorunu Envanteri cinsel kaygı alt boyutunun ortalama puanı 28,32±14,26; ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunun ortalama puanı 48,21±13,97; sosyal kaygı alt boyutunun ortalama puanı 28,89±12,01; çocuksuz yaşamın reddi alt boyutunun ortalama puanı 33,18±11,35; ilişkiler kaygısı alt boyutunun ortalama puanı 15,72±10,51 olarak hesaplanmıştır ve ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunun alt boyutlar arasında en yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır. Literatürde infertil kadınlarda Doğurganlık Sorunu Envanteri ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; çalışmamız ile benzer olarak ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunun en yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Karaca (2015) infertil kadın hastalar ile yaptığı çalışmada, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunun 50,77±7,23 puan ile en yüksek puana sahip olduğunu bildirmiştir (103). Kalcı (2019) yaptığı çalışmada DSE ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanını 35,40±8,24 saptamış olup; alt boyutlar arasında en yüksek puana sahip olduğunu belirtmiştir (136). Ayhan (2019) yaptığı çalışmada ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanını 38,47±8,53 olarak saptamış olup alt boyutlar arasında en yüksek puanın ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunda olduğunu belirtmiştir (135). Çakı ve Sohbet (2021) yaptıkları çalışmada ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanını 44,0±6,8 ile en yüksek puan alan alt boyut olarak bildirmişlerdir (133). Kılıç (2011) infertil kadınların çocuk sahibi olamamayı bir sağlık problemi olarak değil eksiklik olarak gördüklerini bildirmiştir. Çocuk sahibi olma güçlüğünün aile, arkadaş veya yabancılar tarafından açık veya üstü kapalı bir

şekilde sorgulanması, infertilite sorununu anımsatıcı şeyler ya da tavsiyeler çift üzerinde baskıya neden olabilir (137).

Çalışmamızda DSE sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanı $28,89 \pm 12,01$ olarak tespit edilmiştir. Literatürde infertil kadınlarda Doğurganlık Sorunu Envanteri sosyal kaygı alt boyutu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Çakı ve Sohbət (2021) çalışmalarında infertil kadınlarda sosyal kaygı alt boyut ortalama puanının $29,5 \pm 7,6$ olduğunu tespit etmiştir (133). Kalcı (2019) DSE sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanını $24,50 \pm 7,12$ olarak tespit etmiştir (136). Ayhan (2019) yaptığı çalışmada sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanını $26,13 \pm 8,18$ olarak tespit etmiştir (135). Karaca (2015) sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanını $36,76 \pm 11,11$ olarak tespit etmiştir (103). Koçak (2016) infertil kadınların sosyal hayatlarının etkilendiğini; infertilite problemini hatırlatan yorumlara ve sorulan sorulara karşı hassasiyet gösterdiklerini, çocuk sahibi olan akranlarından uzaklaşma ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşadıklarını ve kadınların toplumda statü kazanabilmesi için annelik rolünü yerine getirmeleri gerektiğini düşündüklerini bildirmiştir (138).

Çalışmamızda eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olanlar ile çalışan katılımcıların DSE toplam ortalama puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut ortalama puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar; eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanlar ile çalışmayan kadınların mutluluklarını çocuk sahibi olmaya daha çok bağladığını düşündürebilir. Literatürde infertil kadınlarda Doğurganlık Sorunu Envanteri stres puanlarının eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma durumu ile ilişkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında; Karaca (2015) çalışmasında kadınların infertilite kaynaklı stres düzeyleri ile eğitim durumları ve çalışma durumlarının arasında ilişki olduğunu ve eğitim seviyesi ilköğretim mezunu olan kadınlarda ve çalışmayan kadınlarda infertiliteden kaynaklanan stresin özellikle ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunda daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca çocuksuz yaşamın reddi ve ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalama puanlarının geliri giderinden az olan kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirmiştir (103). Eren (2008) ve Ayhan (2019) yaptıkları çalışmalarda infertilite kaynaklı stres ile eğitim durumu arasında ilişki saptamamıştır (131,135). Ayhan (2019) çalışmasında çalışmayan kadınların özellikle de ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunda infertiliteden

kaynaklanan stres puanlarının yüksek olduğunu ve gelir düzeyi düştükçe infertiliteden kaynaklanan stresin arttığını bildirmiştir (135). Eren (2008) çalışmasında gelir düzeyi yükseldikçe global stres puanlarının ve sosyal kaygı alt boyutu puanlarının azaldığını ve cinsel kaygı alt boyutu puanının ise çalışmayanlarda çalışanlardan fazla olduğunu bildirmiştir (131). Kalcı (2019) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ilkokul mezunu olan infertil kadınların çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanının; eğitim seviyesi lise ile yüksekokul ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (136). Çelik'in (2018) çalışmasındaki bulgulara göre; infertil kadınlarda eğitim durumunun, çalıştıkları işin ve gelir durumunun kişisel alanda stres düzeylerini etkilediği saptanmış olup; ilköğretim seviyesinde eğitimi olan kadınların, işçi olarak çalışan kadınların ve geliri giderinden az olan kadınların kişisel alandaki stres düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir (123). Ünal ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada kadınların infertiliteden ruhsal olarak etkilenme düzeylerinin eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma durumundan etkilendiğini; infertiliteden en fazla etkilenenlerin ilkokul mezunu kadınlar olduğunu; eğitim seviyesi ve gelir seviyesi yükseldikçe infertiliteden etkilenme durumunun azaldığını tespit etmişlerdir (139). Akyüz ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada infertiliteden psikolojik olarak etkilenme durumunun eğitim seviyesi arttıkça azaldığını tespit etmişlerdir (140). Bodur (2013) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe stres düzeylerinin azaldığını bildirmiştir (122).

Çalışmamızda kadınların yaşı arttıkça DSE toplam ortalama puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut ortalama puanlarının azaldığını ve katılımcıların evlilik süresi uzadıkça sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanlarının azaldığını tespit ettik. Bu durum kadınların zamanla çevreden gelen tepkilere karşı duyarsızlaşması ve toplumun zamanla çiftin çocuksuzluk durumunu kabullenmesiyle açıklanabilir. Literatürde infertil kadınlarda Doğurganlık Sorunu Envanteri stres puanlarının yaş, evlilik süresi ve infertilite süresi ile karşılaştırıldığı çalışmalara bakıldığında; Ayhan (2019) çalışmasında kadınların yaşı arttıkça infertiliteden kaynaklanan stres düzeyinin azaldığını ve ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, cinsel kaygı alt boyut puanlarının azaldığını bildirmiştir. Çocuk olmadan geçen süre, tedavi süresi, evlilik biçimi ile global stres puanları arasında anlamlı bir ilişki saptamadıklarını bildirmişlerdir (135).

Kalcı (2019) yaptığı çalışmada; çocuk sahibi olmayı bir yıldır deneyen hastaların daha uzun süredir deneyen hastalara göre infertiliteye bağlı sosyal sorunları daha az yaşadıklarını ve çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalama puanının ise infertilite süresi uzadıkça arttığını tespit etmiştir (136). Eren (2008) yaptığı çalışmada katılımcıların infertilite ve tedavi süresi uzadıkça infertilite kaynaklı global stres, cinsel ve sosyal sorunların da arttığını tespit etmiştir (131). Karaca (2015) yaptığı çalışmada çocuksuz yaşamın reddi alt boyut ortalama puanının infertilite süresi 11 yıl ve üzerinde olanlarda daha fazla; sosyal kaygı alt boyutu ortalama puanının ise infertilite süresi 1-5 yıl olanlarda daha fazla olduğunu bildirmiştir (103).

Çalışmamızda geniş aile ile yaşayanların DSE toplam ortalama puanı ve cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal kaygı, çocuksuz yaşamın reddi, ilişkiler kaygısı alt boyut ortalama puanları; çekirdek aile ile yaşayanlardan yüksek bulunmuştur. Ayhan (2019) hem çekirdek ailede hem de geniş ailede stres puanlarının yüksek tespit edildiğini ancak geniş ailede yaşayanların özellikle de ilişkiler kaygısı alt boyutunda daha fazla puan aldıklarını saptamıştır (135). Karaca (2015) çalışmasında Doğurganlık Sorunu Envanteri alt boyut ve toplam ortalama puanlarının aile tipine göre farklılık göstermediğini bildirmiştir (103).

İnfertilite tanı ve tedavisinin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkilerini inceleyen birbirini destekler nitelikte pek çok çalışma mevcuttur ve bu çalışmalarda genel kanı; infertilitenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği yönündedir (38). Literatürde kadınların yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (30). İnfertil kadınlarda yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde; Algül (2013) yaptığı bir çalışmada yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere göre daha düşük olduğunu tespit ettiğini bildirmiştir (141). Türk toplumunda infertilitenin özellikle de kadınlar açısından sosyal sorunlara neden olabildiği ve bunun da yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda FertiQol çekirdek bölüm toplam ortalama puanı $59,43 \pm 19,95$ olarak tespit edilmiştir. Literatürle benzer olarak; en düşük alt boyut ortalama puanı duygusal alt boyutta; en yüksek alt boyut ortalama puanı zihin/beden ve ilişkisel alt boyuttadır. Turgay (2017) çalışmasında FertiQoL toplam ortalama puanını kadınlarda $70,01 \pm 12,51$ olarak bildirmiştir (142). Çetinbaş (2014) çalışmasında FertiQoL toplam ortalama puanını $71,1 \pm 13$ olarak saptamıştır (38). Dural ve ark.

(2016) çalışmalarında FertiQoL toplam ortalama puanını $67,10 \pm 16,71$ olarak tespit etmiştir (143). Belen (2012) yaptığı çalışmada FertiQol alt boyut ortalama puanının en yüksek ilişkisel alt boyutta; en düşük ise duygusal alt boyutta olduğunu saptamıştır (144). Karabulut ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada; alt boyut ortalama puanının en düşük duygusal alt boyutta; en yüksek ilişkisel alt boyutta olduğunu bildirmişlerdir (104). Aarts ve ark. (2011) çalışmalarında; ilişkisel alt boyut ortalama puanının en yüksek, duygusal alt boyut ortalama puanının ise en düşük alt boyut ortalama puanı olduğunu belirtmişlerdir (118).

Bizim çalışmamızda yaş ve eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Çalışanların yaşam kalitesi puanı çalışmayanlara göre; çekirdek tipi aile yapısına sahip olanların yaşam kalitesi puanları geniş aileye sahip olanlara göre; serbest arkadaşlık kurarak evlenenlerin yaşam kalitesi puanları görücü usulü evlenenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum yaş arttıkça durumun kabullenilmesiyle; eğitim düzeyi arttıkça infertiliteye bakış açısının değişmesiyle; bir işte çalışmanın kadınların dikkatlerini çocuk sahibi olmaktan uzaklaştırmasına olanak sağlamasıyla; geniş ailede çocuk sahibi olmakla ilgili baskı hissinin daha fazla olmasıyla; serbest arkadaşlık kurarak evlenenlerin birbirlerini daha çok tanıyıp çocuk sahibi olmayı mutlu bir evliliğin şartı olarak daha az görmesiyle açıklanabilir. Literatürde infertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesinin etkilenmesine bakıldığında; Yaylagülü ve Yorulmaz (2017) yaptıkları çalışmada yaş arttıkça yaşam kalitesi ölçeği duygusal ve ilişkisel alt boyut ortalama puanının arttığını bildirmişlerdir (124). Çetinbaş (2014) yaptığı çalışmada evlenme yaşı düştükçe yaşam kalitesi puanlarının azaldığını ancak; yaş, eğitim durumu, evlilik şekli, aile yapısı ve çalışma durumunun yaşam kalitesi puanlarını etkilemediğini tespit etmiştir (38). Yaylagülü ve Yorulmaz (2017) yaptıkları çalışmada lisans düzeyinde eğitimi olan hastaların sosyal ve ilişkisel alt boyut puanları ile FertiQol toplam puanlarını eğitim durumu lise ve altı olan hastalardan yüksek bulunmuştur (124). Salur (2022) çalışanların duygusal alt boyut ortalama puanlarını anlamlı olarak yüksek bulmuştur ve aile yapısı, evlilik yaşı ile genel yaşam kalitesi ve ölçeğin alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir (117). Yaylagülü ve Yorulmaz (2017) çalışmalarında kadınlardan işçi ve memur olanların; ev hanımı olanlara göre ilişkisel alt boyut ortalama puanlarını daha yüksek saptamışlardır.

Mesleği işçi olanların toplam ortalama puanı ise ev hanımı olanlardan yüksek bulunmuştur. Ayrıca arkadaş çevresinde tanışarak evlenen katılımcıların ilişkisel alt boyut puanları; görücü usulü/isteyerek evlenen hastalardan yüksek olarak tespit edilmiştir (124). Karabulut ve ark. (2013) çalışmalarında aile yapısı çekirdek tipte olan çiftlerin yaşam kalitesi ölçeği duygusal alt boyut ortalama puanını daha yüksek olarak tespit etmiştir (104).

Çalışmamızda gelir düzeyi arttıkça; yaşam kalitesi puanlarının arttığı tespit edilmiştir. İnfertiliteye yönelik tanı ve tedavi sürecinin hem maddi olarak hem de manevi olarak bireyleri olumsuz etkilemesinin; gelir düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilenmesine neden olduğu düşünülebilir. Literatürde infertil kadınların gelir durumuna göre yaşam kalitesinin etkilenmesine bakıldığında; Salur (2022) yaptığı çalışmada geliri giderinden az olan infertil hastaların; geliri giderine eşit olanlara göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt boyut ve zihin/beden alt boyut ortalama puanlarının daha düşük bulunduğunu tespit etmiştir (117). Yaylagülü ve Yorulmaz (2017) çalışmalarında geliri giderinden fazla olan katılımcıların; duygusal alt boyut, zihin/beden alt boyut, sosyal alt boyut ve ilişkisel alt boyut puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (116). Zeren (2019) ve Çetinbaş (2014) ise yaptıkları çalışmalarda infertil çiftlerde gelir durumunun yaşam kalitesine anlamlı etkisi olmadığını saptamışlardır (30,38). Karabulut ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada gelir durumu orta olanların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt boyut puanının yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (104).

Çalışmamızda evlilik süresi uzadıkça yaşam kalitesi ölçeği duygusal alt boyut ortalama puanlarının arttığı, çocuk istemi süresi ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde infertil kadınların evlilik süresi ve infertilite süresine göre yaşam kalitesinin etkilenmesine bakıldığında; farklı birçok bulgu mevcuttur. Salur'un (2022) yaptığı çalışmada; evlilik süresi 5 yıl ve altında olan katılımcıların ve tedavi süresi 3 yıl ve altında olan katılımcıların genel yaşam kalitesi puanının ve yaşam kalitesi ölçeği ilişkisel alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (117). Yaylagülü ve Yorulmaz (2017) yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ölçeği zihin/beden alt boyut puanının 10 yıldan daha uzun süredir evli olanlarda daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (116). Karabulut ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada tedavi süresi 5 yılın altında olan infertil çiftlerin genel yaşam

kalitesi puanının, sosyal alt boyut puanının ve zihin/beden alt boyut puanının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (104). Çetinbaş (2014) yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin; infertilite süresi uzadıkça azaldığını tespit etmiştir (38). Turgay (2017) yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin infertilite süresi 3-5 yıl olan kadınlarda en düşük olduğunu ve evlilik süresinin kadınlarda yaşam kalitesine etkisi olmadığını saptamıştır (142).

Çalışmamızda katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanı $6,52 \pm 2,98$ olup en az alınan puan 0, en fazla alınan puan ise 10 idi. Katılımcıları Aile APGAR ölçeği puanına göre sınıflandırdığımızda; 29 (%23,8) kişi şiddetli disfonksiyonel, 23 (%18,9) kişi orta derecede disfonksiyonel, 70 (%57,4) kişi yüksek fonksiyonel olarak belirlenmiştir. Literatürde infertilite ve aile işlevselliği arasındaki ilişkilere bakıldığında; Türkiye’de yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dünya’da ise çok sınırlı sayıda çalışma vardır. Rufai (2022) Nijerya’da infertil kadınlar ile yaptığı çalışmada katılımcıların %73,7’sinin Aile APGAR skorunun 7’nin üzerinde olduğunu ve yüksek fonksiyonel aileye sahip olduğunu, %22,3’ünün orta derecede disfonksiyonel aileye sahip olduğunu, %4’ünün şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olduğunu belirtmiştir (145). Zubairu (2021) yaptığı çalışmada katılımcıların %43,3’ünün yüksek fonksiyonel aileye, %35,0’nının orta derecede disfonksiyonel aileye ve %21,7’sinin şiddetli disfonksiyonel aileye sahip olduğunu belirtmiştir (146). Zanganeh ve ark. (2015) tarafından infertil kadınlarda McMaster modeli ile aile işlevselliğinin incelendiği başka bir çalışmada, infertil kadınların aile işlevselliğinin tüm alt ölçeklerinde daha kötü puanlar aldığı, infertil kadınların normal bireylere göre özellikle ailede rol dağılımı, duygusal iletişim ve davranış kontrolü gibi konularda daha zayıf aile işlevlerine sahip olduğu saptanmıştır (147).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

İnfertil kadın hastalar fiziksel, ekonomik ve sosyal yönlerden olduğu kadar sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yönünden de olumsuz etkilenir. Bu çalışma ile infertil kadın hastalarda yaşam kalitesinin aile işlevselliği ile pozitif yönde, infertilite kaynaklı stres ile negatif yönde ilişkili olduğu ve infertilite kaynaklı stres ile aile işlevselliği arasında ise negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edildi. Çocuk sahibi olma güçlüğü ile ilgili en çok bütçe etkileme durumu, geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeniyle rahatsız hissetme durumu ve baskı altında hissetme durumu nedeniyle zorluk yaşandığı ve yaşanan zorlukların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu sonucuna ulaşıldı. Aile hekimlerinin çocuk sahibi olma güçlüğü nedeniyle yaşanan zorlukları bütüncül bakım ilkesi çerçevesinde değerlendirmeleri çok önemlidir. İnfertil kadın hastaların ruhsal ve bedensel sağlık ile ilgili risklerinin farkında olunması, infertilite sürecinde yaşanan zorluklar nedeniyle yaşam kaliteleri azalan infertil kadınların; aile hekimleri ve toplum tarafından desteklenmesi önemlidir. İnfertil kadın hastalara psikolojik danışmanlık ve destek verilmesi yaşam kalitelerinin artması konusunda fayda sağlayabilir. İnfertilite sürecinde yaşam kalitesini arttıran faaliyetleri içeren daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Aile işlevselliği infertilite sürecinin sağlıklı olması ve zorlukların aşılması açısından önemli olup; aile işlevselliğinin bozulması yaşam kalitesini de etkilemektedir. Buna rağmen bu konuda araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu konuda çalışmaların yapılması fayda sağlayabilir.

6.1. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI ve KISITLILIKLARI

Çalışmanın güçlü yanları:

1. Literatür tarandığında aile işlevselliği ve infertilite üzerine çalışmalar sınırlı sayıdaydı. Çalışmamızın bu alanda katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmanın kısıtlılıkları:

1. İnfertil kadınların yaşam kalitelerini karşılaştırabileceğimiz fertil kadınlardan oluşan kontrol grubumuzun olmaması kısıtlılıklarımız arasındadır.

7. KAYNAKLAR

1. **World Health Organization (WHO).** International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) Geneva: WHO, **2018**.
2. **Cousineau TM, Domar AD.** Psychological impact of infertility. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* **2007**; 21:293-308.
3. **WHO.** International Classification of Diseases 11th Revision 11th Revision (ICD-11), Geneva, Switzerland: World Health Organization, **2018**.
4. **Cui W.** Mother of nothing: the agony of infertility. *Bull. World Health Organ.* **2010**; 88:881-882.
5. **Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü.** Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2014**; 13:4.
6. **Guz H.** Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* **2003**; 24:267-271.
7. **Kırca N, Pasinlioğlu T.** İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2013**; 5(2):162-178.
8. **Yanikkerem E, Kavlak O, Sevi, Ü.** İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Anadolu Hemşire ve Sağlık Bilim. Derg.* **2010**; 11:112-121.
9. **Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L.** Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer Supported in part from the Mudd Expense Fund. *Fertil. Steril.* **1985**; 43:48-53.
10. **Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R.** The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* **1993**; 14:45-52.
11. **Çağlar M, Satılmış İG.** İnfertilite ve yaşam kalitesi: Sistemik derleme. *Androl Bul.* **2019**; 21:170-176.

12. **Keskin Gülseren, and Aysun BABACAN GÜMÜŞ.** ‘İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme.’ *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği* **2014;** 5(1).
13. **Sezgin H, Hocaoglu Ç.** Infertilitenin Psikiyatrik Yönü/Psychiatric Aspects of Infertility. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar.* **2014;** 6(2):165.
14. **Topal K.** Ailede Sağlık-Hastalık Kurguları ve Ailenin İşlevselliği. *Klin. Tıp Aile Hekim.* **2019;** 11:10.
15. **Özçelik B, Karamustafahoğlu O, Özçelik A.** Infertilitenin Psikolojik Ve Psikiyatrik Yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* **2007;** 8(2):140-8.
16. **Zegers-Hochschild F.** The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017†‡§. *Hum. Reprod.* **2017;** 32:1786-1801.
17. **Nik Hazlina NH, Norhayati MN, Shaiful Bahari I, Nik Muhammad Arif NA.** Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* **2022;** 12:057132.
18. **Speroff L, Fritz MA.** *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility.* (Lippincott Williams & Wilkins, **2005.**
19. Infertilitenin Psikiyatrik Yönü/Psychiatric Aspects of Infertility - ProQuest. <https://www.proquest.com/openview/1ca997bb4a14dfcf980c02bc29af4042/1?pq-origsite=gscholar&cbl=166138>.
20. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi, **2019.**
21. **Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA.** National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Med.* **2012;** 9:1001356.
22. **Dinçer Y, Şanlı Y, Kızılkaya Beji N.** İnfertilite hemşireliğinde kanıta dayalı yaklaşımlar. *Androloji Bülteni,* **2015;** 17(63):289-295.
23. **Nelson LM.** Primary Ovarian Insufficiency. *N. Engl. J. Med.* **2009;** 360:606-614.
24. **Rosenfield RL.** The Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescents. *Pediatrics* **2015;** 136:1154-1165.

25. **Gadalla MA.** Medical and Surgical Treatment of Reproductive Outcomes in Polycystic Ovary Syndrome: An Overview of Systematic Reviews. *Int. J. Fertil. Steril.* **2020**; 13:257-270.
26. **Coulam CB.** Premature gonadal failure. *Fertil Steril*, **1982**; 38(6):645-55.
27. **Groff AA.** Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. *Fertil. Steril.* **2005**; 83:1734-1741.
28. **Tanbo T, Fedorcsak P.** Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **2017**; 96:659-667.
29. **Bulletti C, Coccia ME, Battistoni S, Borini A.** Endometriosis and infertility. *J. Assist. Reprod. Genet.* **2010**; 27:441-447.
30. **Zeren F, Gürsoy E.** İnfertil Çiftlerde Çift Uyum ve Yaşam Kalitesinin Önemi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi.* **2019**; 16(1):68-72.
31. **Kahyaoğlu S, Gülerman HC, Özaksit MG, Yılmaz N, Seçkin B, Erdinç AS, et al.** İnfertil Hastalarda Değerlendirme Ve Yönetim: Bir Derleme Makalesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.* **2017**; 14(3):138-45.
32. **Dun EC, Nezhat CH.** Tubal Factor Infertility: Diagnosis and Management in the Era of Assisted Reproductive Technology. *Obstet. Gynecol. Clin.* **2012**; 39:551-566.
33. **Honoré GM, Holden AEC, Schenken RS.** Pathophysiology and management of proximal tubal blockage. *Fertil. Steril.* **1999**; 71:785-795.
34. **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.
35. **Hur C, Rehmer J, Flyckt R, Falcone T.** Uterine Factor Infertility: A Clinical Review. *Clin. Obstet. Gynecol.* **2019**; 62:257.
36. **Demiröl A, Gurgan T.** Effect of treatment of intrauterine pathologies with office hysteroscopy in patients with recurrent IVF failure. *Reprod. Biomed. Online* **2004**; 8:590-594.
37. **Şahin N, Bilgiç D, Demirgöz M.** Doğurganlığı Etkileyen Faktörler, İnfertilite Hemşireliği. *Acar Basım. İstanbul.* **2009**:11-32.

38. **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.
39. **Leaver RB.** Male infertility: an overview of causes and treatment options. *Br. J. Nurs.* **2016;** 25:35-40.
40. **Dohle G, Weidner W, Jungwirth A, Colpi G, Papp G, Pomerol J, et al.** EAU Infertilite Kilavuzu. İstanbul, **1992.**
41. **Sengupta P, Dutta S, Karkada IR, Chinni SV.** Endocrinopathies and Male Infertility. *Life* **2022;** 12:10.
42. **Vander Borgh M, Wyns C.** Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin. Biochem.* **2018;** 62:2-10.
43. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. *Fertil Steril.* **2014;** 101(3):633-634.
44. **Aksoy A, Yilmaz DV.** Assessment of Male Infertility. *Int. J. Emerg. Trends Health Sci.* **2019;** 3:9-21.
45. **Teskereci G.** İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi. **2010.**
46. **Kuş C.** İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, **2008.**
47. **Aktürk FS.** Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç.Dr.Mehmet Yılmaz), **2006.**
48. **Gürgen T, Demirel A.** İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. Ed: Çolgar U. İstanbul Medikal Yayıncılık, **2006.**
49. Practice Committee of American Society for Reproductive, M., Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril*, **2015,** 103.

50. **Pfeifer S.** Optimizing natural fertility: a committee opinion. *Fertil. Steril.* **2017**; 107:52-58.
51. **Makar RS, Toth TL.** The Evaluation of Infertility. *Pathol. Patterns Rev.* **2002**; 117:95-103.
52. **Sävendahl L, Davenport ML.** Delayed diagnoses of Turner's syndrome: Proposed guidelines for change. *J. Pediatr.* **2000**; 137:455-459.
53. **Strissel PL.** Assessment of Pituitary and Steroid Hormones and Members of the TGF- β Superfamily for Ovarian Function in Patients with Congenital Uterus and Vaginal Aplasia (MRKH Syndrome). *Horm. Metab. Res.* **2009**; 41:408-413.
54. **Endometriosis on JSTOR.** <https://www.jstor.org/stable/26514342>.
55. **Scott RT.** Follicle-stimulating hormone levels on cycle day 3 are predictive of in vitro fertilization outcome. *Fertil. Steril.* **1989**; 51:651-654.
56. **Committee on Gynecologic Practice.** The Use of Antimüllerian Hormone in Women Not Seeking Fertility Care. acog committee opinion 773. *Obstet Gynecol*, **2019**; 133(4):274-78.
57. **Lindsay TJ, Vitrikas KR.** Evaluation and treatment of infertility. *American family physician.* **2015**; 91(5):308-14.
58. **Filicori M, Butler JP, Crowley WF.** Neuroendocrine regulation of the corpus luteum in the human. Evidence for pulsatile progesterone secretion. *J. Clin. Invest.* **1984**; 73:1638-1647.
59. **Hugh S, Taylor LPE.** Speroff's CLINICAL GYNECOLOGIC ENDOCRINOLOGY AND INFERTILITY. 9th ed. Wolters Kluwer, **2020**.
60. Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion. *Fertil. Steril.* **2015**; 103:9-17.
61. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil. Steril.* **2015**; 103:44-50.
62. **Feingold KR, Anawalt B, Boyce A.** Endotext. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc. **2000**.

63. Serum anti-Mullerian hormone throughout the human menstrual cycle | Human Reproduction | Oxford Academic. <https://academic.oup.com/humrep/article/21/12/3103/2939153?login=false>.
64. Serum anti-Mullerian hormone is a useful measure of quantitative ovarian reserve but does not predict the chances of live-birth pregnancy - TREMELLEN - 2010 - Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology - Wiley Online Library. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1479-828X.2010.01232.x>.
65. Multi-center clinical evaluation of the Access AMH assay to determine AMH levels in reproductive age women during normal menstrual cycles | SpringerLink. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10815-018-1141-5>.
66. The role of antimullerian hormone in prediction of outcome after IVF: comparison with the antral follicle count - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18321493/>.
67. **Forti G, Krausz C.** Evaluation and Treatment of the Infertile Couple1. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **1998**; 83:4177-4188.
68. Evaluation of the utility of multiple endocrine and ultrasound measures of ovarian reserve in the prediction of cycle cancellation in a high-risk IVF population, Human Reproduction, Oxford Academic. <https://academic.oup.com/humrep/article/22/3/778/2939187?login=false>.
69. **Muttukrishna S.** Antral follicle count, anti-mullerian hormone and inhibin B: predictors of ovarian response in assisted reproductive technology? *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* **2005**; 112:1384-1390.
70. **Fleming R, Seifer DB, Frattarelli JL, Ruman J.** Assessing ovarian response: antral follicle count versus anti-Müllerian hormone. *Reprod. Biomed. Online* **2015**; 31:486-496.
71. Committee on Gynecologic Practice. The Use of Antimüllerian Hormone in Women Not Seeking Fertility Care. acog committee opinion 773. *Obstet Gynecol*, **2019**; 133(4):274-78.
72. **Scott RT, Elkind-Hirsch KE, Styne-Gross A, Miller KA, Frattarelli JL.** The predictive value for in vitro fertility delivery rates is greatly impacted by the method used to select the threshold between normal and elevated basal follicle-stimulating hormone. *Fertil. Steril.* **2008**; 89:868-878.
73. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** reVitalize. Gynecology data definitions (version 1.0) . Washington, DC : American College of Obstetricians and Gynecologists, **2017**.

74. **Demirtaş GS, Demirtaş Ö, Öztekin K, Şendağ F, Bilgin O.** Antimüllerian Hormon ve İntrauterin İnseminasyon Sikluslarında Ovarian Yanıt: Prospektif Çalışma. *Kocatepe Tıp Derg.* **2014;** 15:85-91.
75. **Göktolga Ü.** Tubal faktör tanısında histerosalpingografi sonuçlarının laparoskopi sonuçları ile karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji Ve Obstet. Derneği Derg.* **2011;** 8:40-43.
76. **Yildirim M.** Histerosalpingografi ve İnfertilite. *J. Clin. Obstet. Gynecol.* **1991;** 1:2-13.
77. **Penzias A.** Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline. *Fertil. Steril.* **2017;** 108:416-425.
78. **Şendağ F, Akman L, Bilgin O, Öztekin K.** Postmenopozal Uterin Kanama Veya Endometrial Kalınlaşması Olan Kadınlarda Histeroskopik Değerlendirme. *Ege Journal of Medicine.* **2007;** 4:144-7.
79. Report on optimal evaluation of the infertile male. *Fertil Steril.* **2006;** 86(5):S202-9. <http://www.fertstert.org/article/S0015028206032791/fulltext>.
80. **Kliesch S.** Practical spermogram-semen analysis according to WHO recommendations]. *Urol. Ausg A,* **2021;** 60:647-656.
81. **Yılmaz F.** Sperm değerlendirme testleri; dünden bugüne. *J Health Sci Med.* **2020;** 3(1):71-6.
82. **Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Öneroğlu LS.** Erkeğe bağlı infertilite, Androloji, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı; Ed. Ankara: Güneş Kitabevleri, **1996;**1119-1129.
83. **Shapiro DB.** An overview of GnRH antagonists in infertility treatments. Introduction. *Fertil. Steril.* **2003;** (80):32-34.
84. **Kahraman S, Yakın K.** Ovülasyon indüksiyonu. İstanbul Memorial Hastanesi Yardımcı Üreme Teknikleri ve Reprodüktif Endokrinoloji Merkezi, **2000.**
85. **Pellestor F, Adreo B, Arnal F, Humeau C, Demaille J.** Maternal aging and chromosomal abnormalities: new data drawn from in vitro unfertilized human oocytes. *Hum Genet,* **2003;** 195.
86. **Karanisoğlu H, Yazıcı S.** Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: İnfertilite Hemşireliği Ed: Kızılkaya Beji N. Acar Basım, İstanbul, **2009;**69-88.

87. **Starosta A, Gordon CE, Hornstein MD.** Predictive factors for intrauterine insemination outcomes: a review. *Fertil. Res. Pract.* **2020**; 6:23.
88. **Sperroff L, Fritz MA.** Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve infertilite Çev Editörleri Erk A, Günalp S. Kadın Kadın infertilitesi Güneş Tıp Kitapevleri. Ankara, **2007**:1012-1068.
89. **Kamath MS, Bhattacharya S.** Demographics of infertility and management of unexplained infertility. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* **2012**; 26:729-738.
90. **Pabuçcu R, Pabuçcu EG.** İntrauterin İnseminasyon ve İn-Vitro Fertilizasyonda Ovulasyon İndüksiyon Yöntemleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics*, **2013**; 6(1):22-41.
91. **Garcia-Velasco JA.** Human ovarian steroid secretion in vivo: effects of GnRH agonist versus antagonist (cetrorelix). *Hum. Reprod.* **2001**; 16:2533-2539.
92. **Shapiro DB.** An overview of GnRH antagonists in infertility treatments. Introduction. *Fertil. Steril.* **2003**; 80(7):32-34.
93. **El-Shawarby SA, Margara RA, Trew GH, Lavery SA.** A review of complications following transvaginal oocyte retrieval for in-vitro fertilization. *Hum. Fertil.* **2004**; 7:127-133.
94. **Aydin H.** ICSI tedavisine başlanan çiftlerde embriyo transferi öncesi iptal nedenleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2020**.
95. **Bing Y, Ouellette RJ.** Fertilization in vitro. *Methods Mol. Biol. Clifton NJ* **2009**; 550:251-266.
96. **Schoolcraft WB, Surrey ES, Gardner DK.** Embryo transfer: techniques and variables affecting success. *Fertil. Steril.* **2001**; 76:863-870.
97. **Özsait B, Bulgurcuoğlu S.** Hemşirelere Yönelik Embriyoloji. İçinde: İnfertilite Hemşireliği. Ed: Kızılkaya Beji N, Acar Basım, İstanbul, **2010**:115-128.
98. **Thornhill AR, deDie-Smulders CE, Geraedts JP, Harton GL, Lavery SA, Moutou C, Wilton L.** Best Practice Guidelines for Clinical Preimplantation Diagnosis(PGD) And Preimplantation Genetic Screening (PGS) Human Reproduction **2005**; 20:35-48.

99. **Trounson A, Mohr L.** Human pregnancy following cryopreservation, thawing and transfer of an eight-cell embryo. *Nature* **1983**; 305:707-709.
100. **Güler D.** Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, Danışman: (Doç. Dr. Yüksel Altuntaş, **2006**.
101. **The WHOQOL Group.** The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* **1995**; 41(10):1403-9.
102. **Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T.** Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* **2004**; 63:126-130.
103. **Karaca A, Barlas G.** Determination of Factors Having Effect on Stress of Infertile Women due to Infertility. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araşt. Derg.* **2015**; 10:5222.
104. **Karabulut A, Özkan S, Oğuz N.** Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* **2013**; 170:193-197.
105. **Tanju EH, Demirbaş H.** Investigation of Childhood Trauma Experiences and Family Functions Among University Students. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* **2012**; 47:1950-1956.
106. **Newton CR, Sherrard W, Glavac I.** The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil. Steril.* **1999**; 72:54-62.
107. **Gün S, Sevil Ü.** Doğurganlık sorunu envanterinin türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması, **2017**.
108. **Boivin J, Takefman J, Braverman A.** The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties†. *Hum. Reprod.* **2011**; 26:2084-2091.
109. **Özcan S, Duyan V, İncecik Y.** Aile Hekimliği'nde Aile APGAR Ölçeği'nin Kullanımı: Türkçeye Uyarlama Çalışması. *J. Turk. Fam. Physician* **2011**; 2:30-37.
110. **Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO.** The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br. J. Addict.* **1991**; 86:1119-1127.

111. **Uysal M.** Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz Ve Toraks* **2004**; 52:115-21.
112. **Uysal M.** Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz Ve Toraks* **2004**; 52:115-21.
113. **Gürbüz ŞK.** İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (Ivf-Et) Sonuçlarına Etkisi (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey), **2007**.
114. **Cetişli NE, Ören EDT, Kaba F.** İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2019**; 3:422-426.
115. **Egelioglu-Cetişli N, Serçekuş P, Oğuz N.** Primer İnfertil Kadınlarda Cinsel Doyum ve Çift Uyumu. *Hemşirelikte Araşt. Geliştirme Derg.* **2014**; 16:38-47.
116. **Yaylagülü N.** İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2018**.
117. **Salur S.** İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tıp Uzmanlık tezi Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Konya. **2022**.
118. **Aarts JWM.** Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Hum. Reprod.* **2011**; 26:1112-1118.
119. **Ozan YD, Duman M.** İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilité Uyumları ile Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.* **2018**; 15(2):43-6.
120. **Oğuz DH.** İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2004**.
121. **Tashbulatova D.** İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Tıp Uzmanlık tezi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı. Adana, **2007**.
122. **Bodur NE, Çoşar B, Erdem M.** İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumunun Demografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. *Cukurova Med. J.* **2013**; 38:51-62.

123. **Çelik AS, Kirca, N.** Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşire. Ve Sağlık Bilim. Derg.* **2018;** 21:104-114.
124. **Yaylagülü N, Danişmani T.** İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi. 118.
125. **Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F.** Marital adjustment in infertile women, *J Turk Soc Obstet Gynecol*, **2008;** 5(2):105-110.
126. **Bayram GO.** İnfertilitenin Yaşam Kalitesi Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, Danışman: Nezihe Kızılkaya Beji, **2009.**
127. **Kırço T.** İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2018.**
128. **Halıcı EC, Saatci E.** İnfertilite Tedavisi için Başvuran Çiftlerde Erkeğin Eşine Gösterdiği Şiddet ve Evliliğe Uyum Düzeyi. *Türk Aile Hek Derg.* **2021;** 25(1):21-27.
129. **Pedro J.** Couples' discontinuation of fertility treatments: a longitudinal study on demographic, biomedical, and psychosocial risk factors. *J. Assist. Reprod. Genet.* **2017;** 34:217-224.
130. **Ataman H.** Doğal ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psikososyal Bakım Gereksinimleri. T.C Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2007.**
131. **Eren N.** İnfertil çiftlerde algılan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, **2008.**
132. **Alibaşoğlu H.** İnfertilitede emosyonel semptomlar, evlilik uyumu ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farklılıkları. İstanbul: Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Psikiyatri Uzmanlık Tezi, **2010.**
133. **Çaki B, Sohbet R.** Fertil - infertil kadınların üreme bilgilerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.* **2021;** 7:103-112.
134. **Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Jacobs NN.** Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch. Womens Ment. Health* **2010;** 13:347-358.

135. **Ayhan A.** Doğal yolla çocuk sahibi olan ve olamayan kadınlarda yılmazlığın yordayıcıları. **2019.**
136. **Kalci P.** İn vitro fertilizasyon tedavisi gören kadınlarda psikolojik belirtiler, bağlanma ve yılmazlık düzeylerinin tedavi sonuçlarıyla ilişkisinin incelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2020.**
137. **Apay SE, Beji NK, Kiliç M, Apay SE, Beji NK.** İnfertilite ve Kültür. *Florence Nightingale J. Nurs.* **2011;** 19:109-115.
138. **Koçak D, Büyükkayacı Duman N.** İnfertilitenin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımı, **2016;** 2:7-13.
139. **Ünal S, Kargın M, Akyüz A.** İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2010;** 9(5):481-6.
140. **Akyüz A, Gürhan N, Bakır B.** Development and Validation of an Infertility Distress Scale for Turkish Women. *TAF Prev Med Bull.* **2008;** 7(6):469-76.
141. **Algül Ö, Aksu H.** İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *J. Clin. Obstet. Gynecol.* **2014;** 24:171-178.
142. **Turgay B.** İnfertilite şikayeti olan çiftlerde depresyon sıklığı ve hayat kalitesinin araştırılması. *Investigation of depression rate and quality of life in infertile couples*, **2017.**
143. **Dural O.** Effect of infertility on quality of life of women: a validation study of the Turkish FertiQoL. *Hum. Fertil.* **2016;** 19:186-191.
144. **Belen S.** The Relationship Between Perceived Quality Of Life And Coping Skills In Individuals Regarding Fertility Problems. Master of Arts in Educational Sciences. Boğaziçi University, **2012.**
145. **Rufai AI, Grema BA, Bello MM, Michael GC.** Association between Family Functionality, Sociodemographic Factors, and Severity of Depression in Women with Infertility Attending a Gynecology Clinic in Northwest Nigeria. *J. Neurosci. Rural Pract.* **2022;** 13:246-253.
146. **Zubairu HD, Abubaka R, Yohanna S.** Association between Family Function and Psychological Wellbeing among Infertile Women. Attending Yusuf Dantsoho Memorial Hospital, Kaduna, North Western Nigeria. *West Afr. J. Med.* **2021;** 38:409-414.

147. **Zanganeh B, Kaboudi M, Ashtarian H, Kaboudi B.** The comparison of family function based on the McMaster model in fertile and infertile women. *J. Med. Life* **2015**; 8:196-202.



8. EKLER

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği	
---	---	---

İnfertil Kadın Hastaların Yaşadığı Zorluklar ile Aile İşlevselliği ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Bu anketin amacı infertil kadınların yaşadığı zorluklar ile aile işlevselliği ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri araştırmaktır. Anket kapsamında elde edilecek verilerin infertil kadınların yaşadıkları ruhsal, sosyal, ekonomik ve fiziksel güçlüklerin belirlenerek koruyucu, önleyici ve destekleyici çalışmaların artırılmasına yardımcı olmasını ümit ediyoruz. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:.....

Tarih:.....

A. Sosyodemografik Veriler, Hastalıklar ve Alışkanlıklar

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz nedir?

☐ Eğitim almamış ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri

3. Eşinizin eğitim durumu nedir?

☐ Eğitim almamış ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri

4. Çalışıyor musunuz? ☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

5. Ortalama aylık gelir düzeyiniz nedir? ☐ <4250 TL ☐ 4250-6250 TL ☐ >6250 TL

6. Aile yapınız nasıldır? ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile

7. Kronik hastalığınız var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Evet ise belirtiniz)

8. Ruhsal hastalığınız var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Evet ise belirtiniz)

9. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet (Evet ise Fagerström Testi Sonucu:.....)

10. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet

B. İnfertilite ve Evliliğe İlişkin Sorular

1. Evlilik biçiminiz:

☐ Görücü usulü ☐ Serbest arkadaşlık kurarak

2. Kaç yıldır evlisiniz? yıl

3. Kaçınıcı evliliğiniz?

4. Daha önce hiç gebe kaldınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet (..... kez gebe kaldım)

5. Kaç yıldır çocuk istiyorsunuz? yıl

6. Çocuk sahibi olamama nedeniniz?

☐ Kadına bağlı ☐ Erkeğe bağlı ☐ Hem kadına hem erkeğe bağlı ☐ Nedeni bilinmiyor

7. Şu anda infertilite tedavisi (tüp bebek, aşılama vs) görüyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet (.....)

8. Daha önce infertilite tedavisi (tüp bebek, aşılama vs) gördünüz mü?

☐ Hayır ☐ Evet (..... kez tedavilerini gördüm)

C. Çocuk Sahibi Olma Güçlüğü Nedeniyle Yaşanılan Zorluklar

1. Görmüş olduğunuz bu tedavi-izlem süreci aile bütçenizi ne kadar etkiliyor?

☐ Hiç etkilemiyor ☐ Biraz etkiliyor ☐ Orta düzeyde etkiliyor ☐ Çok etkiliyor ☐ Çok fazla etkiliyor



2. Geleceğe ilişkin belirsizlik hissi nedeniyle rahatsızlık hissediyor musunuz?

- ☐Hiç hissetmiyorum ☐Biraz hissediyorum ☐Orta düzeyde hissediyorum ☐Çok hissediyorum
☐Çok fazla hissediyorum

3. Çocuk sahibi olma güçlüğünüz nedeniyle hayatınızın kontrolünüzü yitirmiş gibi hissediyor musunuz?

- ☐Hiç hissetmiyorum ☐Biraz hissediyorum ☐Orta düzeyde hissediyorum ☐Çok hissediyorum
☐Çok fazla hissediyorum

4. Çocuk sahibi olma güçlüğünüz nedeniyle kendinizi dünyada tek başına kalmış gibi hissediyor musunuz?

- ☐Hiç hissetmiyorum ☐Biraz hissediyorum ☐Orta düzeyde hissediyorum ☐Çok hissediyorum
☐Çok fazla hissediyorum

5. Çocuk sahibi olma güçlüğünüz ile ilgili sorulan sorular nedeniyle baskı altında hissediyor musunuz?

- ☐Hiç hissetmiyorum ☐Biraz hissediyorum ☐Orta düzeyde hissediyorum ☐Çok hissediyorum
☐Çok fazla hissediyorum

D. Çocuk Sahibi Olma Güçlüğü Konusunda Eş Desteği ve Cinsel Yaşama İlişkin Sorular

1. Çocuk sahibi olma güçlüğünüz ile ilgili eşinizin verdiği desteği yetersiz buluyor musunuz?

- ☐Hiç yetersiz bulmuyorum ☐Biraz yetersiz buluyorum ☐Orta düzeyde yetersiz buluyorum
☐Çok yetersiz buluyorum ☐Çok fazla yetersiz buluyorum

2. Eşinizin çocuk sahibi olma güçlüğünüz konusunda sizi suçladığını düşünüyor musunuz?

- ☐Hiç düşünmüyorum ☐Biraz düşünüyorum ☐Orta düzeyde düşünüyorum ☐Çok düşünüyorum
☐Çok fazla düşünüyorum

3. Çocuk sahibi olma güçlüğünüz nedeniyle cinsel hayatınızda sorunlar yaşadığınızı düşünüyor musunuz?

- ☐Hiç düşünmüyorum ☐Biraz düşünüyorum ☐Orta düzeyde düşünüyorum ☐Çok düşünüyorum
☐Çok fazla düşünüyorum

E. Çocuk Sahibi Olma Güçlüğü Konusunda Aile ve Arkadaş Desteğine İlişkin Sorular

1. Çocuk sahibi olma güçlüğünüz ile ilgili ailenizin verdiği desteği yetersiz buluyor musunuz?

- ☐Hiç yetersiz bulmuyorum ☐Biraz yetersiz buluyorum ☐Orta düzeyde yetersiz buluyorum
☐Çok yetersiz buluyorum ☐Çok fazla yetersiz buluyorum

2. Çocuk sahibi olma güçlüğünüz ile ilgili arkadaşlarınızın verdiği desteği yetersiz buluyor musunuz?

- ☐Hiç yetersiz bulmuyorum ☐Biraz yetersiz buluyorum ☐Orta düzeyde yetersiz buluyorum
☐Çok yetersiz buluyorum ☐Çok fazla yetersiz buluyorum

3. Çocuk sahibi olma güçlüğünüz nedeniyle kendinizi ailenizin ve arkadaşlarınızın dışına itilmiş hissediyor musunuz?

- ☐Hiç hissetmiyorum ☐Biraz hissediyorum ☐Orta düzeyde hissediyorum ☐Çok hissediyorum
☐Çok fazla hissediyorum



4. Çocuk sahibi olma güçlüğüne nedeniyle hamile ve/veya çocuklu arkadaşlarınızla görüşmekten kaçınma ihtiyacı hissediyor musunuz?

- ☐ Hiç hissetmiyorum ☐ Biraz hissediyorum ☐ Orta düzeyde hissediyorum ☐ Çok hissediyorum
☐ Çok fazla hissediyorum

F1. Doğurganlık Sorunu Envanteri

Aşağıdaki ifadeler infertilite problemi ile ilgili farklı düşünceleri belirtmektedir. Lütfen her bir ifade ile ilgili olarak katılma ya da katılmama derecenizi ifade ediniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Az katılıyorum	Çok az katılıyorum	Çok az katılmıyorum	Az katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Çocuğu olmayan çiftler çocuğu olanlar kadar mutludur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hamilelik ve doğum, çiftlerin ilişkisindeki en önemli iki olaydır	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.İnfertilite problemi nedeniyle cinsel ilişkiden zevk alamadığımı düşünüyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.Eşimin gözünde tıpkı eskisi gibi çekici olduğumu hissediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.Benim için ebeveyn olmak tatmin edici bir kariyer sahibi olmaktan çok daha önemli bir hedef	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.Evliliğimin bir çocuğa ihtiyacı var	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.Kendimi diğer hemcinslerimden farklı görmüyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.Bir çocuk sahibi olana kadar kendini gerçek bir yetişkin gibi hissetmek zor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.Çocuklar hakkında bana soru sorulması beni rahatsız etmez	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.Çocuksuz (veya bir başka çocuksuz) bir gelecek beni korkutuyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği**



	Kesinlikle katılıyorum	Az katılıyorum	Çok az katılıyorum	Çok az katılmıyorum	Az katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11.Eşime nasıl hissettiğimi göstermiyorum çünkü bu eşimi üzecektir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.Ailemiz bize farklı davranıyor gibi görünmüyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.Kendimi cinsel yaşamda başarısızmışım gibi hissediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.Özellikle tatiller benim için zor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15.Eğer çocuğumuz (veya bir başka çocuğumuz) olmazsa bunun birçok avantajını görebiliyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16.Eşim kısırlık sorununun beni nasıl etkilediğini anlamıyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17.Cinsel ilişki sırasında tek düşündüğüm bir çocuk (veya bir başka çocuk) istiyor olmam	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18.Kısırlılığımız konusundaki sorunları ele almada eşim ve ben iyi çalışıyoruz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19.Fertilite sorunu yüzünden kendimi boş hissediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20.Çocuksuz (veya bir başka çocuk olmadan) beraber mutlu bir yaşamımız olduğunu hayal ediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21.Partnerimin (eşimin) soruna farklı yaklaşması beni rahatsız ediyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22.Başka bir hayal kırıklığı istemediğim için cinsel ilişkide bulunmak zor geliyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Kesinlikle katılıyorum	Az katılıyorum	Çok az katılıyorum	Çok az katılmıyorum	Az katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
23. Bir çocuk (veya bir başka çocuk) sahibi olmak hayatımın temel odak noktası değil	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Eşimi hayal kırıklığına uğrattım	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Bazen ciddi bir şekilde çocuk (veya bir başka çocuk) sahibi olmak isteyip istemediğimi cidden merak ediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Eşim ve ben kısırlık sorunumuz hakkında birbirimizle açık konuşabiliyoruz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Aile buluşmaları bana zor geliyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Çocuk (veya bir başka çocuk) sahibi olmamak bana diğer memnun edici şeyleri yapmam için zaman sağlayacak	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Sık sık ebeveyn (anne veya baba) olmak için doğduğumu hissediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Kendimi çocuğu olan arkadaşlarımla kıyaslamadan edemiyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Çocuk sahibi olmak benim mutluluğum için gerekli değil	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Eğer cinsel ilişki için kritik olan günü kaçırsak kendimi oldukça gergin hissedebilirim	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Bundan dolayı ayrılabilceğimizi hayal bile edemiyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Bildim bileli bir anne (ya da baba) olmayı istiyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği**



	Kesinlikle katılıyorum	Az katılıyorum	Çok az katılıyorum	Çok az katılmıyorum	Az katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
35.Çocuğu olan arkadaşlarımla hala birçok ortak noktam var	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36.Fertilite sorunlarımız hakkında konuşmaya çalıştığımızda, bu bir tartışmaya sebep olacak gibi görünür	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37.Bazen üzerimde o kadar baskı hissediyorum ki cinsel ilişki zor bir hale geliyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38.Çocuk olmadan da uzun ve mutlu bir ilişkimiz olabilir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39.Küçük çocukları olan arkadaşlarımızla vakit geçirmeyi zor buluyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40.Çocuklu aileleri gördüğüm zaman kendimi terkedilmiş hissediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41.Çocuksuz mutlak bir özgürlük var ve bu bana hitap ediyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42.Çocuk sahibi olmak için ne gerekiyorsa yapacağım	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43.Arkadaşlarımız veya ailemiz bizi geride bırakıyorlar gibi hissediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44.Başkalarının çocukları hakkında konuşmak beni rahatsız etmez	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45.İnfertilite sebebi ile eşimle ayrılığa sürüklenme konusunda endişe ediyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46.Fertilite sorunumuz hakkında konuştuğumuz zaman eşim benim yorumlarım sayesinde rahatlamış görünüyor	☐	☐	☐	☐	☐	☐



F2. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)

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

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın olanı işaretleyiniz.	Çok kötü	Kötü	Ne iyi ne kötü	İyi	Çok iyi
A)	Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Ne memnunum ne memnun değilim	Memnunum	Çok memnunum
B)	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
	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 edebildiğinizi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Ne memnunum ne memnun değilim	Memnunum	Çok memnunum
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	Nadiren	Hiçbir zaman
Q7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kırgınlık 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	Ailenizin, 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?	☐	☐	☐	☐	☐



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği**



*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 öfkeliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

F3. Aile Apgarı

Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz.

Sıra No	Cümleler	Neredeyse her zaman	Bazen	Neredeyse hiçbir zaman
1	Bir sorunun olduğunda ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum	☐	☐	☐
2	Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum	☐	☐	☐
3	Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi, desteklemesinden memnunum	☐	☐	☐
4	Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularına ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum	☐	☐	☐
5	Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum	☐	☐	☐

F4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

☐ İlk 5 dakika içinde ☐ 6-30 dakika içinde ☐ 31-60 dakika içinde ☐ 1 saatten sonra

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı? ☐ Evet ☐ Hayır

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

☐ Sabah ilk içilen sigara ☐ Diğer zamanlarda içilen sigaralar

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

☐ 31 ve daha fazla ☐ 21-30 adet ☐ 11-20 adet ☐ 10 ve daha az

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği	
---	---	---

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Birimimizde Kenan Topal'ın sorumlu araştırmacısı olduğu “**İnfertil Kadın Hastaların Yaşadığı Zorluklar ile Aile İşlevselliği ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Bu anketin amacı infertil kadınların yaşadığı zorluklar ile aile işlevselliği ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri araştırmaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız durumunda anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Kişisel bilgileriniz (ad soyad, TCKN vb.) hiçbir kişi, kurum veya kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Sizin kişisel bilgileriniz deklare edilmeyecek, çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz. Size verilen anket sorularını cevaplayarak çalışmaya dahil olmayı kabul ederseniz, size en uygun cevapları belirtmeniz yeterli olacaktır. Yardıma ihtiyacınız olduğunda soru sormaktan çekinmeyiniz.

Katılımcının Beyanı: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana tanık huzurunda yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Not: “Bu araştırmada onam yeteneği olmayan ya da kısıtlı olanlar için hastanın birinci derecede yakınlarından onay alınacaktır.”

Katılımcı ve/veya birinci derece yakını

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı, soyadı, ünvanı: Ast. Dr. Merve Nur Kutlu

Tel:

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza: