

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

İNERTİL BİREYLERİN KAYGILARININ SOSYAL DESTEK ALGISI VE EVLİLİK UYUMU AÇISINDAN İNCELENMESİ

Ayşe ŞENOĞLU

EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Doç. Dr. Sultan ALAN

ADANA-2017

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

İNERTİL BİREYLERİN KAYGILARININ SOSYAL DESTEK ALGISI VE EVLİLİK UYUMU AÇISINDAN İNCELENMESİ

Ayşe ŞENOĞLU

EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Doç. Dr. Sultan ALAN

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir.

ADANA-2017

KABUL ve ONAY

Ebelik Anabilim Dalı

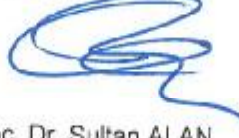
Ebelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

**“İNFERTİL BİREYLERİN KAYGILARININ SOSYAL DESTEK ALGISI VE EVLİLİK UYUMU
AÇISINDAN İNCELENMESİ”**

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 14 / 07 / 2017

TEZ SINAV JÜRİSİ



Doç. Dr. Sultan ALAN
Çukurova Üniversitesi
Başkan



Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ
Çukurova Üniversitesi
Üye



Yard. Doç. Dr. Filiz YARICI ATIŞ
Yakın Doğu Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübeleriyle bana her zaman destek olan, bana güvenen, bana inanan danışmanım, değerli hocam Sayın Doç. Dr. Sultan ALANA'a,

Gerek derslerim gerekse tezimle ilgili sorularımı yanıtsız bırakmayan, her zaman yardımcı olan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye ve Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünün değerli hocalarına,

Yüksek lisans yapmam için beni yüreklendiren, bu yola girmemi sağlayan, bana yol gösteren değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Meltem AKBAŞ'a,

Tezimin her aşamasında bilgisi, deneyimi ve sabrıyla desteğini benden esirgemeyen, manevi olarak her zaman yanımda olan değerli arkadaşım Arş. Gör. Emine AKÇA'ya,

Tezimi zamanında teslim edebilmem için benimle uykusuz kalan değerli arkadaşım Arş. Gör. Emine DEMİR'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen, cesaretlendiren emekli Öğr. Gör. Uzm. Hem. Zülfiye TEKİN TAPARLI'ya,

Eğitim süresince gerekli çalışma koşullarıyla ilgili bana kolaylık sağlayan Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticileri ve Kadın Doğum Yoğun Bakım Ünitesinde birlikte çalıştığım değerli çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde daima yanımda olan, beni sürekli motive eden, her tükendiğimde beni yeniden başlamam için yüreklendiren sevgili eşim H. Fatih ŞENOĞLU ve canım oğlum Efe ŞENOĞLU'ya,

Zaman zaman onları ihmal etsem de, her zaman yanımda olduklarını hissettiğim canım anneme, babama ve kardeşlerime,

Ayrıca tez çalışmamın yürütülmesine izin ve destek veren tüm kuruluşlara ve çalışmayı kabul eden tüm infertil bireylere sonsuz teşekkür ederim.

Ayşe ŞENOĞLU

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnfertilite Tanımı	3
2.2. İnfertilite Türleri	3
2.3. İnfertiliteye Tarihsel Bakış	3
2.4. İnfertilitenin Görülme Sıklığı	4
2.5. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler	4
2.6. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi	5
2.6.1. Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesi	5
2.6.2. Kadın İnfertilitesinin Değerlendirilmesi	5
2.6.3. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite	6
2.7. İnfertilitede Tedavi	6
2.8. İnfertiliteye İlişkin Geleneksel Uygulamalar	6
2.9. Kültürlerarası İnfertilite Algısı	7
2.9.1. Türk Toplumunda Kültür ve İnfertilite	9
2.10. İnfertilitenin Psikososyal Boyutu	10
2.10.1. Bir Travma Olarak infertilite	11
2.11. İnfertilite ve Tedavi Sürecinin Çiftler Üzerinde Etkisi	12
2.12. İnfertilitenin Etkileri	14
2.12.1. İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerine Etkisi	14
2.12.2. İnfertilite ve Stres	15
2.12.3. İnfertilite ve Mahremiyet	16

2.12.4. İnfertilitenin Psiko-Seksüel Etkisi.....	17
2.12.5. Beden İmajı ve Rol Kaybı.....	18
2.12.6. İnfertilitenin Evlilik Uyumuna Etkisi.....	18
2.12.7. İnfertilite ve Yaşam Kalitesi	19
2.13. İnfertilitede Ebelik Yaklaşımı ve Danışmanlık.....	20
2.14. Ülkemizde Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı ve Etik Sorunlar	22
2.14.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI)	22
2.14.2. İn vitro Fertilizasyon (IVF).....	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Amacı	24
3.2. Araştırmanın Tipi	24
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.6.1. Birey Tanıtım Formu.....	25
3.6.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II.....	25
3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	26
3.6.4. Evlilik Uyum Ölçeği	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.8. Etik Kurul Onayı	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. İnfertil Bireylerin Araştırmaya Yönelik Sosyo-demografik Bulgularının Dağılımı	29
4.2. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulgular	31
4.3. İnfertil Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Değişkenleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI I-II), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)'nin Aralarındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	33
4.4. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Değişkenler ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II, ÇBASDÖ ve EUÖ'ne Yönelik Bulgular	39

4.5. ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II'nin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	44
5. TARTIŞMA	49
5.1.İnfertil Bireylerin Araştırmaya Yönelik Sosyo-demografik Bulgularının Tartışılması.....	49
5.2. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	52
5.3. ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II ile Bazı Değişkenlerin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması.....	54
5.3.1. ÇBASDÖ ile Bazı Değişkenlerin Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	54
5.3.2. EUÖ ile Bazı Değişkenlerin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması.....	56
5.3.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II ile Bazı Değişkenlerin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması	57
5.4. ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II'nin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması.....	59
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	61
6.1. Sonuçlar.....	61
6.2.Öneriler	62
KAYNAKLAR	64
EKLER	70
EK-1.Birey Tanıtım Formu.....	70
EK-2.Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I).....	72
EK-3.Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II).....	73
EK-4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	74
EK-5.Evlilik Uyumu Ölçeği.....	75
EK-6.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Yazarından Alınan İzin.....	77
EK-7.Evlilik Uyum Ölçeğinin Yazarından Alınan İzin.....	78
EK-8.Etik Kurul Onayı	79
EK-9.Araştırmanın Yürütüldüğü Özel Hastanenin Resmi İzin Belgesi.....	80
EK-10.Araştırmanın Yürütüldüğü Üniversite Hastanesinin Resmi İzin Belgesi.....	81
ÖZGEÇMİŞ	82

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Çizelge 3.1. EUÖ'nin puanlarının dağılımı.....	27
Çizelge 4.1. İnfertil Bireylerin Araştırmaya Yönelik Sosyo-demografik Bulgularının Dağılımı.....	30
Çizelge 4.2. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulguların Dağılımı	32
Çizelge 4.3. İnfertil Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Değişkenleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, ÇBASDÖ ve EUÖ Karşılaştırılması	34
Çizelge 4.4. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Değişkenler ile Kaygı, ÇBASDÖ ve EUÖ'nin Karşılaştırılması	40
Çizelge 4.5. Kaygı, ÇBASDÖ ve EUÖ'nin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	45
Çizelge 4.6. Kaygı, ÇBASDÖ ve EUÖ'ne Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Dağılımları.....	48

KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ

ASRMPC	: American Society for Reproductive Medicine Practice Committee
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
ß	: Beta
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇUÖ	: Çift Uyum Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUÖ	: Evlilik Uyum Ölçeği
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus
HSG	: Histerosalpingografi
IBM	: International Business Machines
IUI	: İntrauterin inseminasyon
IVF	: İn vitro Fertilizasyon
M.Ö.	: Milattan Önce
n	: Kişi sayısı
p	: Olasılık Değeri
r	: Korelasyon Katsayısı
SS	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for Social Science
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory
t	: Bağımsız Değişken
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ÜYTE	: Üremeye Yardımcı Tedavi
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikler

ÖZET

İnfertil Bireylerin Kaygılarının Sosyal Destek Algısı ve Evlilik Uyumu Açısından İncelenmesi

İnfertilite, bireylerin duygusal durumlarını, sosyal yaşamlarını ve evlilik ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Araştırma infertil bireylerin kaygılarının, sosyal destek algısı ve evlilik uyumu açısından incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma 10 Ekim 2016–14 Nisan 2017 tarihleri arasında özel bir hastanenin tüp bebek merkezinde ve bir üniversite hastanesinin infertilite polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden 184 kadın ve 77 erkek olmak üzere toplam 261 infertil birey oluşturmuştur. Veriler, Birey Tanıtım Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Evlilik Uyumu Ölçeği formları doldurularak elde edilmiştir.

Araştırmada kadınların yaş ortalaması 32.16 ± 6.98 , erkeklerin yaş ortalaması 33.56 ± 6.79 , ortalama evlilik süresi 5.93 ± 4.937 yıl ve infertilite süresi 4.49 ± 3.861 yıldır. Kadınların %30.3'ü, erkeklerinin %31.1'i üniversite mezunudur. Katılımcıların % 70.1'inin gelirinin orta düzey olduğu, %75.1'nin kentte yaşadığı, katılımcıların %37.6'sının infertilite nedeni açıklanamayan infertilite olduğu bulunmuştur. Katılımcıların Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 38.62 ± 11.64 , Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 44.96 ± 8.44 , Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması puanı 54.23 ± 20.99 , Evlilik Uyum Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 46.2 ± 8.92 olarak bulunmuştur.

Araştırmada infertil bireylerin kaygılarının azalmasının, algıladıkları sosyal desteği ve evlilik uyumunu arttırdığı bulunmuştur ($p < 0.05$). İnfertil bireylerin kaygı düzeyleri ile kaygının sebep olabileceği fiziksel ve psikolojik sorunların, verilecek ebelik danışmanlığı ile azaltılabileceği öngörülmektedir.

Anahtar Sözcükler: İnfertilite, Evlilik Uyumu, Kaygı, Danışmanlık

ABSTRACT

Examination Of The Concern Of Infertile Individuals In Terms Of Social Support Perception And Marital Adjustment

Infertility may negatively affect the emotional states, social lives and marital relationships of individuals. The study was conducted as a descriptive study to examine the concerns of infertile individuals in terms of perceived social support and marital adjustment.

The study was carried out between 10 October 2016 and 14 April 2017 in the in vitro fertility clinic of a private hospital and in the infertility clinic of a university hospital. The research sample consisted of total of 261 infertile individuals including 184 female and 77 male, agreed to participate in the study. Data were collected by filling out Individual Recognition Form, State and Trait Anxiety Inventory STA I-II, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Marital Adjustment Scale.

The average age of the women was 32.16 ± 6.98 , the average age of the men was 33.56 ± 6.79 , average marriage duration of participant was 5.93 ± 4.937 years and the average infertility duration of participant was 4.49 ± 3.861 years in the study. 30.3% of women and 31.1% of men were graduated from a university. It was found that 70.1% of the participants had moderate income, 75.1% lived in the city and 37.6% of participant's infertility reason were unexplained infertility. The total score of the participants' State Anxiety Inventory was 38.62 ± 11.64 , Trait Anxiety Inventory was 44.96 ± 8.44 , Multidimensional Scale of Perceived Social Support was 54.23 ± 20.99 , Marital Adjustment Scale was 46.2 ± 8.92 .

It was found that decrease in the anxiety of the infertile individuals increase perceived social support and marital adjustment of them ($p < 0.05$). It is foreseen that the infertile individuals' anxiety levels with the physical and psychological problems that may be caused by anxiety can be reduced by midwifery counseling.

Key words: Infertility, Marriage Adaptation, Anxiety, Counseling

1. GİRİŞ

İnfertilite, çiftlerin bir yıl boyunca herhangi bir korunma yöntemi kullanmamalarına ve düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (1).

Üreme en eski çağlardan beri insanlığın çok ilgilendiği konulardan biri olmuştur. (2) İnfertilite algısı toplumdan topluma farklılıklar gösterse de toplumların çoğu, neslin idamesi için pronatalist (doğum yanlısı) bir görüşe sahiptir (3). Bu amaç evliliğin temelini oluşturmakta, evlilik çocuk sahibi olmakla eş değer görülmektedir. Doğurgan olan kadın olduğu için infertilitenin sebebi olarak hep kadın suçlanmıştır. Toplumda gebe kalamamak kadın için bir sağlık sorunu değil, bir yetersizlik, bir ayıp olarak değerlendirilmektedir (2). Toplum tarafından bu kadar baskı altında kalan kadın çocuk sahibi olmak için geleneksel yöntemlere başvurmakta, bazı durumlarda başvurduğu geleneksel yöntemler kadın vücudunda tedavisi mümkün olmayan hasarlara yol açabilmektedir (4,5).

İnfertilite 21. yüzyılın başlıca sorunlarından biri olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda Dünyanın pek çok yerinde infertilite tedavisi görmek isteyen çiftlerde bir artış olmuştur (6). İnfertilitenin son yıllarda artmasının nedenleri arasında kadınlar arasında artmış kariyer ve yüksek eğitim düzeyi, ileri evlilik yaşı ve artmış boşanma oranı, doğum kontrolü ve aile planlanmasındaki gelişmeler sıralanabilir. Diğer yandan bu durum yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesinde oldukça etkili olmuştur (7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tahminlerine göre infertilite, tüm dünyada yaklaşık 80 milyon kadını etkilemektedir. Türkiye'de ise bu oran çiftlerin %10-20'sini oluşturmaktadır (8).

İnfertilite, birçok çift için kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı, cinsel ve evlilik sorunlarının yaşandığı stresli ve üzücü bir deneyim olarak algılanabilmektedir. Bu bağlamda infertilite deneyimi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal açıdan yaşamı etkileyen bir kriz olarak ta tanımlanabilir (9,10). İnfertilite kadınlarda çoğu zaman stres ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Her ne kadar infertilite nedeni kadın kaynaklı olmasa da tedavi sürecinde yapılacak olan uygulamalar onun bedenine uygulanacağı için kadınların daha fazla stres ve kaygı yaşadıkları düşünülmektedir (7).

Yapılan çalışmalarda kadınların infertilite stresini erkeklere göre daha fazla yaşadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte erkekler de sürekli destekleyici rolünü üstlenmelerinden dolayı kendilerini baskı altında hissedebilmekte ve bu nedenle kendi streslerini daha az ortaya koyabilmektedir. Erkekler duygularını paylaşmaktan ziyade streslerini yok sayarak güçlü görünmeye çalışırlar. Toplumda bir erkeğin baskın davranması beklenmektedir. Kültürel varsayıma göre infertilite tanısı alan erkek, infertiliteyi erkeklik duygusuyla bağdaştırıp kendini yetersiz görmekte, bu durum erkeklerde benlik saygısını kaybetmeye yol açabilmektedir (11).

İnfertilitenin çiftlerde yarattığı hayal kırıklıkları, stres, kaygı, yas ve sosyal çevreden izole olmaları evlilik ilişkilerini daha da güçlendirdiği, evliliğe uyumunu arttırdığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır (12).

Gebelikle sonuçlanmamış bir tedavinin ardından hemen yeni bir tedaviye başlamak fiziksel ve psikolojik stresi arttırabilmekte, streste tedavi başarısını tehlikeye atabilmektedir. Bu nedenle çiftlere tedavi öncesi kendilerini hazırlayıp tedaviye tekrar karar verme sürecinde sağlanan ebelik danışmanlığı ile stresle baş etmelerine yardımcı olunabilir (13). İnfertil çiftlere sunulacak olan ebelik yaklaşımının temel amacı; çiftlerin fiziksel ve psiko sosyal sorunlarının belirlenerek onlara ihtiyaçları doğrultusunda uygun bakım ve danışmanlığı sağlamaktır. İnfertilite danışmanlığının alanları; bilgilendirme, çıkabilecek sorunlara yönelik danışmanlık, destek danışmanlığı ve terapötik danışmanlık olarak sıralanmaktadır (14). Ayrıca infertil çiftlerde tedavi seçeneği olan yardımcı üreme teknikleri kullanılırken, bireysel özerklik, insan yaşamı ve onuruna saygı, zarar vermeme ve yararlı olma, gibi etik ilkeler bakımından dikkatli olunmalıdır (14,15).

Sosyal destek, infertil çiftlerde yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu etkileyen faktörlerden biridir. Sosyal destek özellikle kadınlar açısından oldukça önemlidir. Ayrıca infertilitenin bir sonucu olarak ortaya çıkan stresin infertilite tedavi sürecini olumsuz etkilediği yönünde birçok çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda çiftlere yardımcı olmak amacıyla danışmanlığın önemi vurgulanmaktadır. Bu kapsamda verilecek ebelik danışmanlığının çiftlerin kaygı düzeyini azaltacağı, sosyal desteklerini ve evlilik uyumunu arttıracacağı düşünülerek yol gösterici olması bakımından; araştırma, infertil bireylerin kaygılarının sosyal destek algısı ve evlilik uyumu açısından incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite Tanımı

İnfertilite, çiftlerin en az bir süreyle hiçbir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın, düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, çocuk sahibi olamama durumu olarak tanımlanır. American Society for Reproductive Medicine Practice Committee (ASRMPC) tarafından infertilite, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen en az bir yıl içerisinde gebelik elde edilememesi olarak tanımlanmıştır (8).

2.2. İnfertilite Türleri

İnfertilite primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Daha önce hiç gebelik oluşmamışsa primer infertilite; canlı doğumla sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, en az bir gebelik oluşmuşsa sekonder infertilite olarak tanımlanmaktadır (8).

2.3. İnfertiliteye Tarihsel Bakış

Tarihin çok eski dönemlerinde yaşamış olan bilginler üreme sistemini ve üreme sistemindeki işlevsel bozuklukları anlamak için birçok çalışma yapmışlardır. Bilimsel gelişmelere paralel olarak sürdürülen üreme ile ilgili bu çalışmalar, her geçen gün yeni buluşların eklenmesi ile devam etmektedir (16).

Eski çağlardan beri üreme insanlık için önemini korumuştur. Obstetrik ve üreme komplikasyonları, tıp tarihi kadar eski bir geçmişe dayanmaktadır (16). Üreme ile ilgili kaynaklara ilk olarak antik çağlarda rastlanmıştır. İnfertilite ile ilgili ilk yazılı kaynaklar M.Ö 2200-1950 yılları arasında bulunmuştur. M.Ö 460-370 yılları arasında yaşayan Hipokrat da infertiliteyle ilgilenmiştir. İlk kez Hipokrat o dönemdeki büyü ile birbirine karışmış olan tedavi anlayışına karşı çıkmış, infertilitenin tıbbi bir nedenden ortaya çıktığını ve bu sebepten dolayı kadınların suçlanmaması gerektiğini savunmuştur. İnfertilite tedavisine yönelik ilk reçetelere eski Mısır'da rastlanılmıştır. İnsanlarda ilk yapay döllemeyi 1776 ve 1799 yılları arasında Hunter uygulamıştır (7,17,18,19).

2.4. İnfertilitenin Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre infertilite dünyada yaklaşık 50-80 milyon kadını etkilenmektedir. Dünyada kadınların yaklaşık %8-12'si infertilite sorunu yaşamaktadır. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde %15-20, gelişmiş ülkelerde %8-10 olarak görülmektedir. Dünyada her 10 çiftten biri, Türkiye'de her 6, İngiltere'de her 7 çiftten, Amerika'da ise her 6 çiftten biri infertilite problemi yaşamaktadır. İsveç'te ve İran'da ise çiftlerin %10' unda infertilite görülmektedir (20, 8,19,21).

İnfertilite hem erkeği hem de kadını sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik açıdan etkileyen önemli bir durumdur. Çalışmalar infertilite sorununun % 35 erkek, % 65 kadınlardan kaynaklandığını, % 10-15'inde ise nedenin bulunamadığını göstermektedir. İnfertilite nedeninin sadece kadın veya sadece erkeğe bağlı olduğu durumda ise gebelik ihtimalinin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ancak çoğu çiftte bu iki neden birlikte görülmektedir (19).

2.5. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

İnfertilitenin görülme sıklığı ve etiyolojisi her toplumda farklılıklar gösterebilir. İnfertilite için risk değerlendirmesinde kadında yaş, kilo ve beden kitle indeksi, evlilik süresi, infertilite süresi, daha önceki kontrasepsiyon kullanımı, pelvik ağrı, ağırlı cinsel ilişki varlığı, cinsel ilişki sıklığı ve geçirilmiş enfeksiyonların değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Son yirmi yılda üreme teknolojilerindeki gelişmeler doğurganlık yaşının da artmasına neden olmuştur. İleri yaşta gebeliklerde sadece fertilité sorunu yaşanmakla kalmayıp başka bir dizi problem ile de karşılaşılabilir. Bu gebeliklerde ister doğal yolla, ister yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalınsın, diyabet, hipertansiyon, preeklampsi, plasenta previa, dekolman plasenta, preterm eylem ve buna bağlı olarak neonatal sorunlar gibi birtakım komplikasyonlar gelişebilmekte ve bunun sonucunda bebek kaybedilebilmektedir (22, 23).

İnfertilite nedenlerini kadın ve erkeğe ait problemler oluşturmaktadır. Kadına ait nedenler ovulatuvar disfonksiyon, tubal ve pelvik patolojik bozukluklar en sık görülen nedenler olmakla birlikte nedeni açıklanamayan infertilite ve nadir görülen problemler şeklinde sıralanmaktadır (19).

Erkeğe ait nedenler; nedeni açıklanamayan infertilite ve varikosel en sık görülen nedenler olmakla birlikte, endokrin hipogonadizm, subklinik enfeksiyonlar, inmemiş

testis, erektil disfonksiyon, hipospadias, immunolojik, sistemik hastalıklar, obstruktif patolojiler ve diğer nedenler olarak sıralanmaktadır.

İnfertilitenin son yıllarda artmasının nedenleri arasında; kadınların kariyerlerinin artması, eğitim düzeyinin yükselmesi, evlilik yaşının ilerlemesi ve boşanma oranlarının artması, doğum kontrol ve aile planlanması yöntemlerindeki gelişmeler olarak sıralanmaktadır. Buna ek olarak yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi de etkili olmaktadır.

İnfertiliteyi doğrudan etkileyen önemli faktörler arasında yaş birinci sırada yer almaktadır. Kaliteli oosit sayısı 35-40 yaşından sonra gittikçe azalmaktadır. Kadınlarda fertilite en fazla 20-25 yaşları arasında görülmektedir Türkiye’de de en yüksek doğurganlık hızı 2016 TÜİK verilerine göre 28.1 yaş olarak belirlenmiştir (19,21).

2.6. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertilite problemi değerlendirilirken öncelikle biyolojik faktörler göz önüne alınarak, gebe kalmayı önleyen nedenler ayırt edilmelidir. Çiftlerin beklentileri, yaşı, infertilite süresi, tıbbi öykü ve fizik muayene sonuçları gözden geçirilerek tedavi planlaması yapılmalıdır.

2.6.1. Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesi

Erkek infertilitesi değerlendirilirken yapılan uygulamalar fiziksel muayene ve ultrasonografi, laboratuvar incelemeleri, hormon değerlerinin belirlenmesi, genetik incelemeler olarak sıralanmaktadır. Erkek infertilitesinin araştırılmasında temel laboratuvar yöntemi semen analizi olup 4-6 hafta ara ile en az 2 kez yapılması gerekmektedir. Üç-altı günlük cinsel perhiz sonrası semen örneği alınarak en geç 1 saat içinde incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. İki test’te de normalden sapmalar bulunduğu durumda ileri androlojik inceleme ve araştırma yapılması gerekmektedir.

2.6.2. Kadın İnfertilitesinin Değerlendirilmesi

İnfertilite nedeni kadın faktörlü ise, infertilitenin tanı ve tedavi yaklaşımı açısından son derece önemlidir. İnfertilite tanısı için kadında yapılması gereken uygulamalar, anamnez alma, fizik muayene, pelvik muayene, ultrasonografi, hormon

değerleri, ovulasyon, tubal ve pelvik patolojilerin değerlendirilmesi şeklinde sıralanmaktadır.

2.6.3. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite

İnfertilite tanısına yönelik bütün değerlendirmeler yapıldıktan sonra; anamnez, fizik muayene, spermiyogram, HSG normal ve ovulatuar siklus düzenli ise açıklanamayan infertilite düşünülmektedir (24).

2.7. İnfertilitede Tedavi

İnfertilite nedenleri araştırıldıktan sonra tanıya göre tedaviye karar verilmektedir. İnfertiliteye neden olan problem tıbbi ve cerrahi tedavi uygulanarak infertil çiftlerin çoğunda ortadan kaldırılabilir. İntrauterin inseminasyon (IUI) ya da yardımcı üreme teknikleri uygulamaları ise medikal ya da cerrahi tedavi ile düzeltilemeyen durumlarda kullanılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri aynı zamanda, olası gebelikte bebekleri etkileme olasılığı bulunan genetik anormalliklerin belirlenmesini de sağlamaktadır (24,25).

2.8. İnfertiliteye İlişkin Geleneksel Uygulamalar

Birçok toplumda olduğu gibi çocuk sahibi olmak, Türk toplumunda da kültürel kimliğin önemli bir bileşeni olarak görülmektedir (26). Türk kültüründe çocuk neslin devamının yanı sıra ailenin itibarı olarak da algılanabilmektedir. Anadolu'da çocuk sahibi olmaya yönelik bazı inanç ve uygulamalar tarihte olduğu gibi günümüzde de devam etmektedir. Çocuk sahibi olabilmek için akla hayale gelmeyen çeşitli geleneksel tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Bunların çoğu kadınlara yönelik olup erkeklere yönelik çok fazla uygulama bulunmamaktadır. Erkeklere daha çok cinsel gücü arttırmaya yönelik yiyecek ve içecekler hazırlanmaktadır. Kültürel olarak çocuk sahibi olamamanın kusuru genellikle kadınlara yüklenmekte ve kadınlar suçlanmaktadır. Bu nedenle daha çok kadınlar geleneksel yöntemler kullanmaya yönelmekte ya da yönlendirilmektedir. İnfertil kadın, çocuk sahibi olabilmek için yakın çevresinin baskısıyla önce geleneksel uygulamalara başvurmakta, ancak sonuç başarısızsa ya da kullandığı yöntemden zarar görürse doktora gitmektedir (4,27).

İnfertilitenin sebepleri arasında mistik düşünceler de oldukça fazladır. Anadolu'nun bazı bölgelerinde, kadının gebe kalmasını engelleyen bir cinin olduğuna inanılmakta ve muska yazdırılarak kadının boynuna takılmaktadır. Buna ek olarak kadına okutulmuş yiyecekler yedirilerek şifalı bitkilerden hazırlanan içecekler içirilmektedir. En yaygın kullanılan yöntem kadının buğuya oturtulmasıdır. Üreme organlarının (rahim yolunun) açılması için; ısıtıcı, yakıcı, iltihap sökücü ya da yumuşatıcı özelliğe sahip olduğu düşünülen çeşitli madde ve otlar kullanılmakta, yapılan buğuyla iltihabın kuruyacağına ve bu sayede doğum kanallarının açılacağına inanılmaktadır. Ayrıca serviks'e (rahim yolu) baharat, ilaç, kesme şeker üzerine gliserin uygulaması yapılmaktadır. Buhara, kızgın taş veya kiremit'e oturtma; bele yakı yakma; karnı ve kasıkları çekirme; kaplıcalara gitme; belirli gıdaları sık sık yeme gibi uygulamalar da yoğun şekilde kullanılmaktadır. Hatta kadına rakı ve kinin karışımı bile içirilmektedir. Çocuk sahibi olmak isteyen kadın, "ara ebesi" (diplomasız olan) olarak bilinen kişilere götürülerek, onun uygun gördüğü tedaviyi yapması beklenmektedir (26).

Bazı yörelerde, temas büyüsi kullanılmaktadır. Örneğin; çocuğu olmayan kadın, yeni doğum yapmış kadının plasentasının üzerine oturtulmakta ya da yatır ziyareti yapılarak yatırda yatanın gücü sayesinde çocuklarının olacağına inanılmaktadır. Düğün gecesi yeni evlenen çiftlerden gelinin kucağına çocuk oturtulmakta böylece çiftin çocuk sahibi olacağına inanılmaktadır. Çocuğu olmayan çiftler hac ziyareti yaparak orada bebek resmi çizerek dua etmektedir. Hacca gidemeyenler için kırk gebe kadından toplanan para hacca giden birine verilerek ondan elbiselik kumaş getirmesi istenmekte ve dikilen elbise çocuk sahibi olmak isteyen kadına giydirilmektedir (28).

Geleneksel uygulamaların bazılarında kadınların vücudu ciddi oranda zarar görmektedir. Aseptik olmayan koşullarda uygulanan bazı yöntemler sonucunda kadın ya ciddi derecede hastalanmakta, ya da kadının vücudunda kalıcı hasarlar oluşabilmektedir. İnfertilite ve tedavisi konusunda, çiftlere, hatta yakınlarına mutlaka sağlık ekibi tarafından eğitim verilmeli, infertilitenin tedavisi amacıyla başvuru geleneksel uygulamaların zararları vurgulanmalıdır (29,30).

2.9. Kültürlerarası İnfertilite Algısı

Kültürü Türk Dil Kurumu " Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede

kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü” olarak tanımlamaktadır (31). Bir başka tanıma göre “Bir halkın ya da bir toplumun özdeksel ve tinsel alanlarda oluşturduğu ürünlerin tümü: Yiyecek, giyecek, barınak, korunak gibi temel gereksemelerin elde edilmesi için kullanılan her türlü araç gereç; uygulanan teknikler; düşünceler, beceriler, inançlar, geleneksel, dinsel, toplumsal, politik düzen ve kurumlar; düşünce, duyuş, tutum, davranış ve yaşama biçimlerinin topu” dur (32).

Kültür, bireylerin hastalıkları algılama ve hastalıklarla başa çıkma yöntemlerini belirlemektedir. Çocuk sahibi olmakla ilgili verilen kültürel yanıtlar, toplumdan topluma farklılık göstermektedir (8). Dini inançlara göre Tanrı hem doğurganlığın hem de çocuksuzluğun nedeni olarak görülmekte ve çocuğu olmayan kadının, yanlış davranışı nedeniyle Tanrı tarafından cezalandırıldığına inanılmaktadır. Bazı kültürlerde (Hint kültürü) infertil kadınlar eşlerinin soyunu sürdürmelerini sağlayamadıkları için; yetersiz görülme, aşağılanma ve boşanmanın yanı sıra, sandalyeye bağlanarak diri diri yakılma, ipe asılma gibi çeşitli cezalar uygulanmıştır. Kadının asıl görevi çocuk doğurma olarak görüldüğünden infertilite hep bir kadın sorunu olarak kabul edilmiştir (3,7,8,19). Hatta “kısır” kadın yetersiz olarak görüldüğü için lanetlenmiştir. Bazı kültürlerde göre “kısır” kadın zehirli kadın olarak da görülmektedir. Bir Çin atasözüne göre; bir aileyi lekelemenin üç yolu vardır ve en önemlisi çocuksuzluktur. Bazı kültürlerde göre infertilitenin temel sebebi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardır. Bazılarında ise soğuk infertilitenin sebebi olarak görülmekte ve bu nedenle kadınların kendilerini sıcak tutmaları tavsiye edilmektedir.

Kültürel, etnik ve dini faktörler özellikle infertil kadına çok fazla yük getirmektedir. Bilgisizlik nedeniyle bu durumdaki kadınlar sürekli suçlanmış, sözde infertilite tedavisinde acı veren yöntemler kadınlar üzerinde kullanılmış sevilmemiş ve sürekli aşağılanmıştır. Dünyada birçok kültürde kadının temel görevi çocuk doğurmak olarak belirlenmiştir. Evliliğin en önemli sebepleri, kadın açısından erkeğin cinsel ihtiyaçlarını karşılamak ve gebe kalarak ona çocuk doğurmaktır. Buna karşın boşanmaların en önemli sebeplerinden biri de kadınların çocuk doğuramamalarıdır. Eğer kadın gebe kalamıyorsa erkeğe onu boşama ya da tekrar evlenme hakkı verilmektedir (4).

2.9.1.Türk Toplumunda Kültür ve İnfertilite

Birçok ülkede olduğu gibi Türk toplumunda da kadın ve anne sözcükleri eş anlamlı kullanılmakta ve böyle kültürel yapı içerisinde çocuksuzluk kadın için oldukça statü düşürücü bir durum olmaktadır. Ülkemizde kırsal kesimde çocuğu olmayan çiftler toplum tarafından dışlanmakta, suç daha çok kadının omuzlarına yüklenmekte, kadın eşinin çocuk sahibi olabilmesi için kumayı kabullenmek zorunda kalmaktadır. Toplumumuzda birçok bölgede çocuğun olmamasının kadına ait bir sorun olduğuna inanılmaktadır. Doğum, toplumda kadın için bir suç olarak kabul gören ‘kısır kadın’ damgasından kurtulmanın, toplumda yer edinebilmenin tek yolu olarak görülebilmektedir. Erkek için ise soyadının devamını sağlaması ve geleceğe güvenle bakabilmesi açısından önemli bir olay olarak görülebilmektedir. Türk toplumunda aile ve çocuk sahibi olmak, bireyin birincil ve sosyal görevidir. Kadınların sosyal statüsü, itibarları ve kendilerine güvenleri, üreme potansiyeli ile yakından ilgilidir. Güçlü aile bağları olan Türk toplumu içerisinde infertil çiftler sosyal baskıya maruz kalmaktadır (31).

Türk toplumunda çocuksuz evin “tutmeyen ocak” olduğu söylenerek ve acıyarak yaklaşmaktadır. Evli olan çiftlerden mutlaka çocuk sahibi olmaları beklenmekte ve çocuk olmayan evliliklerin uzun süre devam etmediğine sık rastlanmaktadır. Kadının gebe kalamaması kadını üzen çeşitli negatif duygu yansımalarına ek olarak bir de eksiklik olarak değerlendirilmektedir. Çocuksuzluk aşağılayıcı bir durum olarak algılanmakta ve yeni evlenen çiftlerin üzerinde, özellikle de kırsal alanlarda, çocuk sahibi olmaları yönünde oldukça büyük baskı uygulanmaktadır (5,8,18).

Ülkemizde çocuğu olmaya kadın aile ve komşuları arasında hor görülmekte, kendisine ‘sonsuz’, ‘meyvesiz ağaç’, erkeğe ‘dölsüz’, ‘hadım’, ‘köse’ denilebilmektedir. Çocuğu olmayan kadın ve erkek bu sebepten kendilerini eksik hissedebilmekte, toplumdan dışlandığını, kimi zaman alaya alındığını düşünebilmektedir (31). Tüm toplumlarda infertilite bir kusur ya da yetersizlik olarak görülmektedir. Bu algı infertilite sorununun ailesel, geleneksel, törensel açıdan eksiklik olarak ifade edilmesine neden olmuştur (8).

2.10. İnfertilitenin Psikososyal Boyutu

İnfertilite bireyler için biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, kültürel ve dinsel yönleri olan bir süreçtir (1, 19, 33).

İnfertilite sadece çiftin ilişkisini olumsuz etkilemekle kalmaz, çiftin diğer akrabalar ve arkadaşlar ile ilişkilerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. İnfertil çiftler gebe kalmakta zorlanmayan akraba veya arkadaşlarından kendilerini farklı hissedebilmektedirler. İnfertil çiftler çocuklu ailelerin mutluluğunu gördükçe kendilerini kötü hissettiklerinden aileleri ve arkadaşları ile ilişkilerinde kendilerini izole edebilirler (31).

Birçok toplumda çocuk sahibi olmak evliliğin beklenen sonucu olarak değerlendirilmektedir (34). Bu nedenle çiftler için çocuk sahibi olmak biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir ihtiyaç olarak görülmektedir. Toplumun kültürel olarak yaptığı bu baskının yanı sıra bireylerin çocukluktan itibaren aileden ebeveyn olmak rolünü üstlenmelerinden dolayı evlilik çocuk sahibi olmak üzerine kurulmuştur.

Çocuk sahibi olamayan çiftler toplumun onlara yüklediği görevi yerine getiremediklerini düşünerek kendilerini yetersiz olarak görmektedir. Ayrıca çocuksuzluk çiftlerde hayal kırıklıklarına, suçluluk duygusuna, psikolojik sorunlara ve çiftlerin birbirlerini suçlamalarına yol açabilmektedir. Tüm bunların sonucunda çiftlerin cinsel yaşamları ve evlilik uyumları bozulabilmektedir. İnfertilite bireylerin aile, arkadaş ve diğer sosyal çevreyle olan ilişkilerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Literatürlerde psikolojik sorunların infertilite nedeni olabileceği belirtilmektedir. İnfertilite her ne kadar çiftleri etkileyen bir durum olsa da yapılan çalışmalarda kadınların daha fazla stres ve baskı yaşadıkları, kaygı ve depresyon oranlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplumda çocuksuzluk nedeniyle daha çok kadın suçlanmakta ve daha fazla depresyon ya da umutsuzluk yaşayabilmektedir (19,1).

Yapılan çalışmalarda kadınlar erkeklere göre duygularını daha rahat ifade edip daha çok sosyal destek alırken, erkeklerin duygularını daha az ifade ettikleri görülmektedir. Kadınlar infertiliteye karşı daha olumsuz tepki gösterirken, erkekler daha çok unutmaya ve reddetmeye yolunu seçmektedir. İnfertil kadınlarda depresyona daha fazla rastlanırken erkeklerde bastırılmış anksiyetenin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (19).

2.10.1. Bir Travma Olarak infertilite

İnfertilite çiftler için bir yaşam krizidir ve psikolojik açıdan son derece stresli olabilmektedirler. Ayrıca tedavi sürecinde yapılan uygulamalardan dolayı bu durum kadınlar açısından acı verici olabilmektedir. İnfertilite tedavi süreci maddi açıdan çiftlere büyük ölçüde yük getirmektedir. Çiftler üzerinde infertilite ve yardımcı üreme tekniklerinin yarattığı stres, çiftlerin fiziksel ve duygusal enerjilerini tüketebilmekte ve yaşanan bu stresin sonucunda çiftlerde depresyon, cinsel işlev bozuklukları, anksiyete ortaya çıkabilmektedir.

İnfertilite sorunu yaşayan çiftler birçok sorunla karşı karşıya kalabileceği belli evreler geçirmektedir. Bu evreler;

1. Şok inanmama evresi: Çift başta infertil olmayı kabullenemez.

2. Yadsıma (inkar) evresi: Bu evrede çiftler yaşadıkları hayal kırıklıklarına gerekçe olarak, nedenin aşırı stres, az sayıda cinsel ilişki yaşamaları olduğu şeklinde kendilerini ve çevrelerini ikna etmeye çalışırlar.

3. Anksiyete evresi: Bu evre, infertilite tedavisi sırasında kadın bedenine yapılan uygulamalar nedeniyle beden imajının bozulduğu evredir. Kadın kendini cinsiyet olarak yetersiz görür ve bu nedenle eşi tarafından terk edileceği kaygısı yaşar. Bazı durumlarda infertilite nedeni açıklanamadığında çiftler birbirlerini suçlayabilirler. Bu durum çiftlerin evlilik ilişkilerinde bozulmaya neden olabilir.

4. Öfke: İnfertil çift bu evrede isyan eder. Çift geçmiş yaşantılarından dolayı cezalandırıldıklarını düşünürler. Bu düşünce zamanla kendine ya da eşe öfke ve düşmanlığı ortaya çıkarır.

5. Kontrol kaybı: Tanı ve tedavi amacıyla cinsel yaşamlarının sorgulanması çift tarafından özel hayatlarına saldırı olarak algılanır. Ayrıca tedavinin başarılı olup olmayacağının önceden bilinmemesi gelecekle ilgili kaygı oluşmasına neden olabilir.

6. Yalnızlık ve yabancılaşma: İnfertil çiftin peş peşe yaşadıkları hayal kırıklıkları ilişkilerinin zarar görmesine neden olabilir. Toplum tarafından kusurlu görüleceklerini düşünerek kendilerini sosyal çevreden uzak tutmaya çalışırlar. Zamanla birbirlerinden de uzaklaşabilirler.

7. Suçluluk: Çiftler birbirlerinin annelik ya da babalık duygularını engellediklerini düşünerek kendilerini suçlarlar. İnfertilite tanısı alan bireyde bu

suçluluk duygusu daha fazla yaşanır. Yaşadıkları bu suçluluk duygusu bireyin depresyona girmesine neden olabilir.

8. Depresyon ve yas: İnfertil çift için gebe kalınamayan her ay bir kayıptır. Çift görünmez kayıplar yaşar. Kaybettikleri sadece çocuk değil, aile olma umutlarıdır. Yaşadıkları bu duygular nedeniyle bireyler zamanla depresyona girmelerine neden olabilir.

9. Yavaş yavaş çözülme: Çiftler bu evrede biyolojik olarak çocuk sahibi olamayacağını anlamış olurlar. Bundan sonra çift, çocuksuz olarak evliliklerini devam ettirme, boşanma ya da evlat edinme gibi zor kararlardan birini almak zorunda kalabilir (1,19).

İnfertilite ile psikolojik faktörlerin ilişkisi uzun süredir araştırmacılara konu olmuştur. Ancak kesin olarak tek bir doğru söylenememektedir. İnfertilite ve psikolojik faktörler arasındaki ilişki için üç hipotezden bahsedilmektedir. Bunlar; “1) Duygusal ve psikososyal sorunlar infertilite için bir risk faktörüdür. 2) İnfertilite ile ilişkili tanı ve tedavi süreci psikososyal sorunlara yol açar. 3) İnfertilite ve psikososyal sorunlar arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Son yıllarda psikososyal sorunların infertilitenin bir sonucu olarak ortaya çıktığı görüşü yaygınlık kazanmıştır (7).

2.11. İnfertilite ve Tedavi Sürecinin Çiftler Üzerinde Etkisi

İnfertilite bir kadın için anneliğinin engellenmesi anlamına gelmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda infertilite kaynaklı görülen depresyon oranının, kanser, HIV pozitifliği, hipertansiyon, postoperatif bypass gibi hayatı tehdit eden hastalıklarda görülen depresyon oranıyla benzerlik göstermesi, infertilitenin kadınlar için ne kadar sıkıntılı bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır (35). İnfertilitenin kadınların ruh sağlığını bu kadar kötü etkilemesinin nedeni olarak infertilite sürecinde yaşanan “kayıplar”, “yardımcı üreme tekniklerinin etkisi” ve “sosyokültürel etkiler” olarak sıralanmaktadır.

Kadının her ay yaşadığı menstruasyon, gebeliğin oluşmadığının bir göstergesi olduğundan bu durum kadın için bir kayıp olarak yaşanmaktadır. Aynı zamanda kadında yetersizlik ve başarısızlık duygusu olarak da algılanabilmektedir. Kadın her ay beklenti içinde olduğu için yaşadığı her menstruasyon hayal kırıklığı yaşamasına neden olabilir. Bu yaşadıklarının yanı sıra kadının her ay düzenli olarak menstruasyon

yaşaması kadına gebelik ve annelik duygusundan yoksun kaldığını da hatırlatabilmektedir. İnfertil kadınların yaşadıkları bu kayıplar hayallerin kaybı, soylarının devamlılığının kaybı, kendini doğurgan bir kişi olarak algılama kaybı, başarılı gebelik ve çocuk doğurma deneyiminin kaybı, emzirme deneyiminin kaybı, ilişkilerin kaybı, aile yaşamımdan diğer aşamaya geçme ve büyük anne olma umudunun kaybı şeklinde sıralanan “görünmez kayıplar” olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda infertilite kadınlarda benlik algısında da değişimlere neden olabilmektedir. Bunlar kontrolün kaybı, kadınlığın kaybı, vücut sağlığı ve fonksiyonunun kaybı, statü kaybı, kendine güvenin kaybı olarak sıralanabilmektedir (7).

İnfertilite tedavisi sırasında kadınlara yumurtalarının uyarılması için verilen ilaçlar onların kilo almalarına, baş ağrısı ve yorgunluk hissetmelerine neden olabilmektedir. Günlük yumurta gelişimin takip edilmesi kadınların kendilerini daha sorumlu hissetmelerine ve duygusal olarak hassas olmalarına neden olmaktadır. Yumurta toplama işlemi sırasında kadınlar ağrı, korku ve anksiyete yaşayabilmektedir. Embriyo transferi ve embriyonun tutunma aşamasından sonra gebeliğin oluşumuna kadar geçen süre kadınlar açısından son derece stresli bir durumdur. Bu süreçlerin sonucunda tedavi başarısız olduğunda kadınların, boşluk, eksiklik, suçluluk, üzüntü, başarısızlık gibi duygular hissettikleri ve yas yaşadıkları görülmüştür (3).

İnfertilite tedavisinin çiftlerin cinsel hayatlarına olumsuz etkileri bulunmaktadır. Çiftlerin belirtilen dönemlerde cinsel birliktelik yaşamaları en özel alan olan cinsel hayatlarını bir tedavi şekline dönüştürmektedir. Bu çiftler için cinsellik zevk almaktan ziyade çocuk yapmak için bir eylem haline gelmektedir. Bu şekilde cinselliğin doğallığı bozulduğundan çiftlerde firijidite, empotans, anorgazm gibi seksüel sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

İnfertilite çiftler üzerinde çoğunlukla sosyal bir damga oluşturmaktadır. Damgalama; “bir kimsenin adını negatif anlamda öne çıkaran, alaycı, aşağılayıcı, bir kalıba koyucu durum” olarak tanımlanmaktadır. Kişinin toplum içindeki durumunun fertilizasyon kabiliyeti ile tanımlanması, sosyal yaşam içinde belli bir toplumsal kalıp içerisine oturtulması anlamına gelmektedir. Birçok kültürde fertilite kişilere itibar kazandırmaktadır. İnfertilite problemi yaşayan çiftler kendilerini birçok açıdan baskı altında hissedebilir. Toplum açısından infertilite, kadınlar için annelik görevini yerine getirememek, erkekler için erkeklik becerilerini sergileyememek olarak algılanmaktadır.

İnfertil kadın çoğunlukla kendisini yetersiz ve başarısız olarak gördüğünden sosyal çevrenin yarattığı baskıdan daha fazla etkilenmektedir (7).

Klinik çalışmalar, infertilite tedavisi alan kişiler veya çiftlerin gösterdikleri tepkilerin birbirinden farklı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Stres ve depresyon, infertil tanısı alan bireylerde sıkça tespit edilmektedir. Tahmin edilemezlik, olumsuzluk, kontrol edilemezlik ve belirsizlik hissi, infertil bireyler için stres yaratmaktadır (10).

2.12. İnfertilitenin Etkileri

2.12.1. İnfertilitenin Cinsiyetler Üzerine Etkisi

Cinsiyet; bireyin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleridir. Toplumsal cinsiyet ise, kadın ve erkeğin sosyal ve kültürel olarak belirlenmiş kişilik özelliklerini, rol ve sorumluluklarını ifade etmektedir (36).

Cinsiyet rolleri, içinde yaşanılan toplum gelenek görenek, inanç, kültür, değerlerinden etkilenecek belirlenmektedir. Bu roller o toplumda kadın ve erkek için doğru olarak kabul edilen davranışları kapsamaktadır (8).

İnfertilite, kadın ve erkek her iki cinsiyet için de kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı, cinsel ve evlilik sorunlarının yaşandığı stresli ve üzücü bir durumdur (9).

Çocuksuzluk psikolojik etkileri açısından kadın ve erkekte farklılıklar göstermektedir. Kadın açısından “doğuramama, kontrol kaybı, psikolojik huzursuzluk, kendini toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma, sosyal güvence azlığı, sosyal rol eksikliği ve benlik saygısında azalma” gibi durumlar yaşanırken, erkekte ise “doğurtamama, psikolojik eksiklik, yalnız kalma, iş yaşamında destek eksikliği, soyunun devamının sağlanmaması, sosyal rol eksikliği ve sosyal güvence eksikliği” olarak algılanabilmektedir (37).

Üreme sağlığı sorunları kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmekte ve kadınların yaşadığı üreme sağlığı sorunları onlarda daha çok stres ve anksiyete nedeni olabilmektedir (38). Yapılan çalışmalarda infertilite nedeni kadın faktörlü olmasa bile kadınların infertiliteden daha olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir. İnfertilite sebebi erkek faktörlü olduğunda dahi tedaviye yönelik girişimler kadın bedenine uygulanmaktadır (39). Tanı yöntemleri, uygulanan testler sırasında yaşanan ağrı, tedaviler, yardımcı üreme teknikleri ve sonuçları ile ilgili yaşanan kaygı, bilgi

yetersizliği ve sosyal çevre baskısı kadının ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (38). İnfertilite tedavisi öncesi kadınlarda erkeklerden daha fazla stres ve depresyon ortaya çıkmasına rağmen depresyonda ve tedavi sonrası stres değişim seviyesi cinsiyete göre farklılıklar göstermemektedir (10).

İnfertilite tanısı alan erkek, kültürel varsayıma göre erkeklik duygusuyla olumsuz anlamda ya da cinsel olarak yetersizlikle ilişkilendirilmektedir. Bu durum erkeklerde benlik saygısını kaybetmeye yol açabilmektedir (11).

2.12.2. İnfertilite ve Stres

Stres; birey kendini bedensel, psikolojik ya da sosyal olarak baskıya maruz kalmış hissettiği zaman fiziksel, emosyonel ve davranışsal olarak verdiği tepkidir (40). Birçok çalışma infertiliteyi stresli olarak gösterse de kadınların infertiliteye verdiği tepki değişkenlik göstermektedir. Cinsiyet rolü, mesleki rol ve toplumun annelik baskısı, infertil kadınlarda bilişsel değerlendirme ve stres düzeyini etkilemektedir.

Annelik için toplumsal baskıya maruz kalan kadınların infertiliteyi daha stresli karşıladıkları, cinsiyet rolünü olumlu olarak tanımlayan kadınların ise infertiliteyi daha az stresli karşıladıkları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bazı çalışmalar, infertilite yaşıyan kadınların aşırı derecede sıkıntılı, endişeli, yaşamdan memnuniyetsiz ve güvensiz olduğunu bildirmiştir.

Kadınların yarısında psikolojik faktörlerin özellikle de stresin, 1980'li yılların sonuna kadar, infertiliteye neden olduğu düşünölmekteydi. Ancak yapılan çalışmalar artık bu görüşü desteklememektedir. Çünkü tanı yöntemlerindeki gelişmeler sayesinde infertilitenin daha çok organik nedenlerden kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Buna göre stres günümüzde infertilitenin nedeni değil sonucu olarak düşünölmektedir. İnfertiliteye verilen yanıt her ne kadar evrensel olmasa da yapılan çalışmalarda kadınların çoğu stresli olarak bulunmuştur. Ancak çevresel ve bireysel faktörlere göre strese verilen tepki değişkenlik göstermektedir. Kadının infertiliteyi algılamasını etkileyen bireysel ve çevresel faktörler olarak kariyeri, cinsiyet rolü ve annelik için sosyal çevreden aldığı baskılar sıralanabilir (35).

Psikolojik stres infertilite için ek bir faktör olabilmektedir. Kanıta dayalı araştırmalar sperm kalitesi ve stres arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Yüksek düzeyde stres yaşıyan çiftler tedaviyi aksatabilmekte ya da yarım

bırakabilmektedir. Araştırmalara göre erkelerde kaygı ve stresle infertilite arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Gevşeme egzersizleri, azaltılmış psikolojik etkiler ve stres yönetimi ile gebelik oranlarında artış bulunmuştur. Psikolojik destek almak infertilite üzerine olumlu sonuçlara neden olmaktadır. Literatürde benlik saygısı, mental sağlık, sperm kalitesi, gebelik oluşumu, tedaviyi bırakma üzerine stres ve infertilitenin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çiftlerin evlilik ilişkilerinin uyumlu olması ile infertiliteye bağlı stresin azalabileceği, uyumsuzluk durumunda ise artabileceğinin farkında olmaları gerekir (11).

Başarısızlıkla sonuçlanmış bir tedavinin ardından hemen yeni bir tedaviye başlamak fiziksel ve psikolojik stresi arttırabilmektedir. Bireylerin tedavi öncesi kendilerini hazırlayıp tedaviye karar verme sürecini ağırdan almaları, bu sürece alışmalarına yardımcı olabilmekte aksi takdirde stres tedavi başarısını tehlikeye atabilmektedir (13).

2.12.3. İnfertilite ve Mahremiyet

Özel yaşam ya da mahremiyet; “genel olarak, kişilerin yalnız başına kalabildikleri, istedikleri gibi düşünüp davranabildikleri, başkalarıyla hangi yer, zaman ve koşullarda ne ölçüde ilişki ve iletişim kuracaklarına bizzat kendilerinin karar verebildikleri bir alan ve bu alan üzerinde sahip olunan hakkı” ifade eder. Genel olarak bütün görünüşleriyle mahremiyet hakkı; “kişilerin kamu yaşamına katılıp katılmama veya hangi düzeyde katılacakla konusunda karar verme yetkisine sahip oldukları” anlamına gelmektedir (42).

İnfertil bireyler yaşadıkları fiziksel psiko-sosyal sorunlarının yanında, infertilitenin tanı ve tedavisi sırasında özel hayatlarının, özellikle cinsel yaşamlarının detaylı sorgulanması sebebiyle mahremiyetlerinin tehdit altında olduğu düşünerek rahatsızlık duyabilmektedir (43).

Çocuk istemi çiftler arasında yaygın bir sorun oluşturmaktadır. Çiftlerden biri çocuk sahibi olmayı diğerinden daha fazla isterse bu hassas konunun aralarında konuşulması ilişkileri açısından zarar verici olabilir (3).

Birçok kadın, birçok sebepten dolayı, aile ve arkadaşlarına çocuksuz olmalarının kendi tercihleri olduğu yalanını sürdürmeyi seçerler. Sosyal çevrelerinden kaynaklanan

istenmeyen rahatsız edici sorularla karşı karşıya kalmamak için infertil bireyler bebek ziyaretleri, doğum günü kutlamaları vs. gibi ritüellerden uzak durmak istemektedir (3).

2.12.4. İnfertilitenin Psiko-Seksüel Etkisi

Literatürlerde infertilitenin cinsel açıdan önemli bir stres kaynağı olduğu belirtilmektedir. İnfertilite tanısı ve tedavisi sırasında yapılan uygulamalar kadın ve erkeklerde fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla birlikte cinsel fonksiyonlarının da olumsuz yönde etkilenmesine sebep olabilmektedir (44).

Erkeğin cinsel fonksiyonu çiftin cinsel hayatını etkileyen önemli bir belirteçtir. Cinsel disfonksiyon infertilite nedeni olabileceği gibi infertilitenin bir sonucu da olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda infertilitenin erkeklerde cinsel ilişki sıklığında ve memnuniyetinde azalmaya neden olduğu bildirilmektedir. Çiftlerin cinselliği sadece tedavi amaçlı yaşamaları onlarda strese, anksiyeteye, isteksizliğe yol açmakta ve bu durum erkeklerde ereksiyon-ejekülasyon disfonksiyonu gibi cinsel bozukluklara neden olabilmektedir (44,45).

İnfertil çiftler için seks gebelik oluşturmak için yapılacaklar listesinde en başta yer alan bir faaliyet haline gelmektedir. Sonuç erkek için başarısızlık algısı oluşmakta, kadın için de gebe kalamama durumu olarak ortaya çıkmaktadır. Kadınlar kendi cinsel davranışlarının gebeliğe engel olduğuna inanmaktadır. Bazı kadınlar orgazm olamamanın bazıları ise sık cinsel ilişkide bulunmanın döllenmeyi dolayısı ile gebeliği önlediğini düşünmektedir. Çiftlerin üreme için yapılan seks ile zevk amaçlı yapılan seksi ayırt etmeleri ve her iki deneyimin de tadını çıkarmaları konusunda danışmanlık verilmesi onlar açısından rahatlatıcı olacaktır (3).

İnfertil çiftler anamnez sırasında cinsel ilişki teknikleri, cinsel istek ve cevaplar, cinsel birliktelik sırasındaki rahatsızlıklar, cinsellik ve üreme konusundaki bilgi düzeyleri gibi cinsel hayatlarıyla ilgili sorgulanmaktadır. Bu tarz sorulardan dolayı çiftler özel hayatlarını ifşa ettiklerini düşünebilmektedir. Çiftlere cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi nedeniyle yöneltilen sorular onlarda başarısızlık ve yetersizlik duygusuna da neden olabilmektedir (14).

2.12.5. Beden İmajı ve Rol Kaybı

İnfertilite, bireylerde kendilerini tanı alana kadar tamamıyla sağlıklı olduklarını düşünürken, o günden sonra kendilerini kusurlu hissetmelerine neden olmaktadır. İnfertil kişiler dışardan ne kadar normal gözükseler de kendilerini normal dışı hissetmektedir. Özellikle kadınlarda kusurlu bir vücuda sahip olma duygusu, kişinin fiziksel görüntüsünü beğenmemesine sebep olabilmektedir. Birçok toplumda kadınlık çocuk sahibi olmakla eşdeğer görülmektedir. Bu nedenle kadınlığını sağlayan organlarda görülen disfonksiyon kadın olmak algısını olumsuz yönde zedelemektedir (3).

İnfertilite kadınlar için utanç verici bir şey ya da bozulmuş kimlik olarak algılanabilmektedir. Çünkü birçok toplum için annelik kadınların rolleri arasında merkezde yer almaktadır.

İnfertil kadınların çoğu her ay gebe kalmayı hedefleyip gebelik oluşmadığında kendilerinde bir terslik olduğunu düşünmektedir. Kadının kendini normal bir insan olarak algılamak tedaviye muhtaç bir insan durumuna gelmesi onun hayatında ani ve köklü bir değişimdir. Eğer tedavi ilaç gerektiriyorsa kadın ilaçların psikolojik yan etkileriyle de baş etmek zorundadır ki bu durum eşiyle ilişkilerinde daha fazla stres yaşamalarına neden olabilmektedir (3).

2.12.6. İnfertilitenin Evlilik Uyumuna Etkisi

Evlilikte uyum; farklı kişiliğe sahip bireylerin mutluluk, doyum ve beklentilerinin gerçekleşmesi için birbirlerini bir bütün olarak tamamlaması şeklinde tanımlanabilir. Evli bireylerin uyumu, onların sosyal çevreleriyle olan ilişkileri ve kendi evliliklerindeki yaşadıkları doyum, mutluluk gibi duyguları içine almaktadır. Çiftlerin belli bir süre evli olmalarına rağmen çocuk sahibi olamamaları kendilerini sosyal çevrelerine karşı sorumlu ve suçlu hissetmelerine, birbirlerini suçlamalarına neden olmaktadır (37).

İnfertiliteyle yüzleşmek bazen çelişkili duyguları da beraberinde getirmektedir. Çiftlerin çoğu bu durumu evlilikleri için bir kriz olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte bazı çalışmalarda çiftler infertilite krizinin iletişimlerini geliştirdiğini ve evliliklerini olumlu etkilediğini bildirmiştir (46,47,48).

Erkek ve kadınların infertilite problemiyle mücadele etme yöntemleri evlilik uyumunu etkilemekte ve bu uyum ya da uyumsuzluk çiftlerin ilişkileri üzerinde önemli etki yaratmaktadır. Erkeklerin infertilite ile ilgili problemleri konuşmadığı hatta sakladığı durumlarda infertilitenin evlilik üzerine olumsuz etkileri daha fazla görülmektedir. Erkeklerin sorunu kabul etmeleri ve tedaviye katılımlarının artması ile eşleriyle iletişimlerinde olumlu yönde gelişmeler olduğu ortaya çıkmıştır (20).

Bazı araştırmalarda, bağlanma stilinin ve sosyal desteğin, infertilite tanısı almış bireylerin evlilik uyumunda ve psikolojik sorunlarında önemli denetleyiciler olduğu belirlenmiştir (49).

Cinsiyetlere göre farklılıklar göstermekle birlikte cinselliğin evlilik üzerine önemli ölçüde etkisi bulunmaktadır. Erkeklerde cinsel ilişkinin sıklığı etkilenirken kadınlarda cinsel doyum etkilenmektedir. Çiftlerin aralarında yaşadıkları cinsel sorunlar evlilik uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (20).

Yapılan bazı çalışmalarda evlilikte her iki cinsiyetin çocuk sahibi olma konusunda farklı yaklaşımlar sergiledikleri ortaya çıkmıştır. Kadınlara oranla erkeklerin, onlardan çocuk sahibi olma isteğinin daha yüksek olduğu, ancak kadınların eşlerinin çocuk sahibi olup olmamasına daha az önem verdikleri rapor edilmiştir (13).

İnfertil çiftler arasındaki ortaya çıkan uyum eksikliği şunu göstermektedir ki infertilite, kadın ile erkek arasındaki ilişkiyi tehlikeye sokabilmektedir. Erkeklerin infertilite hakkında konuşmaları ve kadınlarla iletişim kurmaları kadınları pozitif yönde etkilemektedir (13).

2.12.7. İnfertilite ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; “bireylerin birlikte yaşadıkları toplumun kültür ve değer yargılarından etkilenerek içinde bulundukları fiziksel, emosyonel ve sosyal durumu algılama biçimi” olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi içinde bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları, sosyal ilişkileri, kültür ve inançları vb. yaşantıları yer almaktadır. İnfertilite sadece çifti değil aileleri ve sosyal çevrelerini de etkileyen bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. İnfertil çiftler arkadaş ve akrabalarının sürekli çocuksuzlukla ilgili yorumlarına ve onları sorgulamalarına maruz kalmaktadır. Bu durum zamanla onların çevrelerinden uzaklaşmalarına bile neden olabilmektedir (19).

İnfertil çiftlerde yaşam kalitesini etkileyen diğer bir etken; evlilik uyumunda bozulmadır (19). Bireylerin, yaşamlarının büyük bir bölümünde, infertiliteye yönelik bilgi toplamaya çalışmaları, yeni yöntemler ve sosyal destek aramaları son derece normaldir. Sosyal destek özellikle infertil kadınlar için çok önemlidir. Bireylerin sosyal destek almaları onların yaşam kalitesini arttırmaktadır (50).

2.13. İnfertilitede Ebelik Yaklaşımı ve Danışmanlık

Sağlık çalışanları infertil bireylere yaklaşırken sadece tanı ve tedavi uygulamalarına odaklanmamalı, infertilitenin sosyo-psikolojik yönünü de kabul etmeli ve infertil çiftlerin yaşam kalitesini arttırmaya çalışmalıdır (51).

İnfertil çiftlere sunulacak olan ebelik yaklaşımının temel amacı; çiftlerin fiziksel ve psiko sosyal sorunlarının belirlenerek onlara gereksinimleri doğrultusunda uygun bakımı sağlamaktır. İnfertilite danışmanlığının amacı ise çiftlerin yaşadıkları infertilite krizi ile baş etmelerine yardımcı olmak, onların bilgi ve danışmanlık ihtiyaçlarını karşılamak, evlilik ve sosyal ilişkilerini güçlendirmektir (14).

İnfertilite ile mücadele eden çiftler yaşadıkları fiziksel ve psikolojik değişikliklere alışmalarına yardımcı olacak danışmana ihtiyaç duyabilirler. İdeal olan çiftlerin tanısal işlemler başladığı andan itibaren danışmanlık almasıdır. İnfertil çiftlere yapılan psikososyal değerlendirmede, çiftin var olan problemleri, psikolojik öyküsü, şu anki ilişkilerini de içeren detaylı sosyal ve aile öyküsü, mevcut mental durumu ele alınmalıdır. Çiftin daha önce infertilite ile ilgili bir kriz yaşayıp yaşamadığı da sorgulanmalıdır. Ebeler çiftlerin yaşadıkları duygusal problemlerini, kayıplarını, hayal kırıklıklarını ve evlilik ilişkilerinde yaşadıkları sorunlarını paylaşımlarına danışmanlık yapabilir. Bu süreçte tespit edilen patolojik bir bulguda bireylerin profesyonel yardım almalarını sağlamalıdır.

İnfertil çiftlere danışmanlık yapabilmek için içinde bulundukları durum ve koşullar etraflıca değerlendirilmelidir. Eğitim, sosyal yaşam, inanç, ekonomik durum, evlilik ilişkileri, cinsel yaşam vb. durumları göz önüne alınmalıdır. Bireylerin kişilik özellikleri tıbbi yardımın kalitesini ve tıbbi yardımla ilgili algısını etkilemektedir (7).

İnfertilite çiftlerin ciddi bir problemi olarak düşünülmektedir. Hangisinin sorumlu olduğuna bakılmaksızın soruna her ikisi de dahil edilmelidir. Tedavinin başarısız olması durumunda hem kadın hem erkek olumsuz olarak etkilenmektedir.

Başarısız bir tedavi sonucunda bireyler yas süreci yaşayabilirler ve bu süreci yaşamalarına izin verilmelidir. Ebe her bir bireyin yasını tutmasına, iyileşmesine, kendine uygun çözüm yolunu seçmesine yardımcı olmalıdır. İnfertilite tedavisi başarısız bir süreç değil, devam eden bir “deneme” süreci olarak algılanmalıdır (3,11).

İnfertilite danışmanlığı yapan ebeler, infertilitenin tedavi süreci ve türleri konusunda çok iyi donanıma sahip olmalıdır (3). İnfertilite çiftlerde kültürel olarak çok sayıda problemlere neden olmaktadır. Bu süreçte çeşitli etik problemler ile de karşılaşabilmektedir. Ebeler infertilite tanısının konulduğu ve tedavisinin yapıldığı süreçlerde bilgili ve itinalı bir şekilde, bu süreçler nedeni ile ortaya çıkabilecek sorunları da bilerek, terapötik yaklaşımda bulunmalıdır. Çiftlere en iyi biçimde danışmanlık yapabilmek, yeterli bilgi aktarabilmek, ilgili sorularını yanıtlayabilmek için ebeler okumalı ve araştırmalıdır (14).

İnfertil çiftlerle olumlu iletişim kurulması da son derece önemlidir. Bu durum, çiftler için çok hassas olduğundan onların kendilerini rahat ifade edebileceği ortamlar oluşturulmalıdır. Ortamın uygun hazırlanması bu amaca ulaşmaya önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (52).

Ülkemizde yaygın olan geleneksel uygulamaların kadına verebileceği zararlardan dolayı konuyla ilgili kadın sağlığı ve korunmasına yönelik eğitimler verilmelidir. Özellikle cinsellikle ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Çocuk sahibi olamamak bütün boyutları ile ele alınarak, hiçbir faktör göz ardı edilmeden dikkate alınmalı, eğitim ve destek verilmelidir. Çünkü bireylerin yaşadığı stres tedavi başarısını tehlikeye atabilmektedir. İyi bir ebelik danışmanlığı sonucunda, çiftlere, kendileri ile ilgili özel ihtiyaçlarını belirleyebilmeleri, buna yönelik uygun kararlar alabilmeleri ve hayatta yaşanacak güzel şeyler olduğunu fark etmeleri sağlanabilmelidir(14,40,41).

İnfertil kadınların sağlık kuruluşlarına çoğunlukla fizyolojik şikayet nedeniyle başvurdukları ancak yapılan derinlemesine görüşmelerde daha çok psikolojik sorunlarından yakındıkları görülmüştür. Ebenin kadın sağlığını korumaya yönelik sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluk içerisinde kadının ruh sağlığının sürdürülmesi ve desteklenmesi de gerekmektedir (38).

İnfertil çiftlere danışmanlık yaklaşımları içerisinde psikolojik yaklaşım göz önünde tutulması gereken önemli bir yere sahiptir. Çiftlere verilecek iyi bir danışmanlık, onların yaşam tarzlarını düzenlemelerine, evlilik uyumunun artırılmasına,

ilişkilerinin güçlendirilmesine ve tedavi başarısına olumlu yönde katkı sağlayabilmektedir (37).

2.14. Ülkemizde Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı ve Etik Sorunlar

İnfertilite probleminin tedavi yöntemleriyle çözümlenemediği durumlarda, çiftlere yardımcı olabilmek için ileri teknoloji gerektiren, yeni metotların geliştirilmesi yoluna gidilmiştir. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT)'nin ilk kez başarılı şekilde uygulanması, İngiltere'de Prof. Steptoe ve Prof. Edwards tarafından geliştirilmiş ve Louise Brown adlı bir bebek 1978 yılında dünyaya gelmiştir. Ülkemizde 1984 yılında YÜT için ön çalışmalar başlatıldıktan sonra ilk YÜT merkezi İzmir'de, ardından Ankara'da 1990 açılmıştır. YÜT yöntemi ile ülkemizde ilk bebeğin doğumu 1988 yılında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleşmiştir (53).

Ülkemizde ilk olarak 21.08.1987 tarihinde yayınlanan İnvitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi Merkezleri Yönetmeliği ile embriyo transferi uygulamaları yasal olarak düzenlenmiştir (54).

2.14.1.İntrauterin İnseminasyon (IUI)

Cinsel birliktelik olmadan spermilerin genital traktusa yerleştirilmesine inseminasyon denir. Kadının eşinden alınan spermilerle yapılan inseminasyona homolog inseminasyon, eşi dışında farklı bire erkekten alınan spermier ile yapılan inseminasyona ise donör inseminasyon denir. Ülkemizde yasalara göre donör inseminasyon yapılmamaktadır (55).

2.14.2.İnvitro Fertilizasyon (IVF)

Yardımcı üreme teknikleri oositlerin özel iğnelerle, vücut dışında, sperm ile laboratuvar ortamında döllenmesi ile elde edilen embriyo veya embriyoların kadının uterusuna yerleştirilmesi işlemidir (56).

Embriyoların hangi aşamada birey kabul edilip edilemeyeceği hem etik hem de kanuni olarak dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de tartışmaya açık bir konudur (57, 58,59).

“Üremeye yardımcı tedavi (ÜYTE), anne adayının yumurtası ile eşinin sperminin çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirilerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayına transferini kapsayan ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamaları, ifade eder” (60).

Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliğinde çocuk sahibi olmak isteyen evli bireylerde yalnızca kendilerinin gametlerinin (üreme hücresi) kullanılabileceği belirtilerek, bireylerden alınan yumurta ve sperm ile bunlardan oluşturulan embriyoların farklı bir amaçla veya farklı kişilerde kullanılması ve uygulanmasını yasaklanmıştır (60, 61).

Ayrıca birden fazla embriyo transferi de yasaklanmıştır. Ancak “35 yaşa kadar birinci ve ikinci uygulamada tek embriyo, üçüncü ve sonraki uygulamalarda iki embriyo, 35 yaş ve üzerinde tüm uygulamalarda en fazla iki embriyo” transfer edilebileceği belirtilmiştir. Cinsiyetle ilgili ciddi bir genetik hastalık dışında, doğacak çocuğun cinsiyetini belirleme amaçlı “gonad ve/veya embriyo seçimi ve transferi” yapılması da yasaklanmıştır (61).

Türkiye’nin üyesi olduğu Avrupa Konseyi bünyesinde hazırlanan Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi’nde araştırma amacıyla insan embriyosu oluşturulması yasaklanmıştır (62,63).

ÜYTE Merkezleri Yönetmeliği’ne göre üreme amacıyla oluşturulan embriyoların yönetmelikte belirtilenlerin dışında her ne amaçla olursa olsun kullanılması yasaklanmıştır. Buna göre, Türkiye’de üreme amacıyla yaratılıp “artık embriyoların” araştırmalarda kullanılmasına da izin verilmemektedir (61,62). Tüp bebek aşamasında ortaya çıkan “artık embriyoların” araştırma yapmak amacıyla kullanılmasına izin verilen ülkelerde embriyonun statüsü, ‘insan yaşamına sahip olmak’ ile ‘hak sahibi insan olmak’ arasında tartışmalı bir etik sorun olarak tıp etiğinin gündeminde yer almaktadır (62). Yardımcı üreme teknikleri kullanılırken, “bireysel özerklik, insan yaşamı ve onuruna saygı, zarar vermeme ve yararlı olma, eşitlik ve adalet, güçsüz durumdakilerin korunması, üremenin ticarileştirilmesi, kaynakların uygun kullanımı, bireysel ve ortak çıkarların dengelenmesi” gibi etik ilkelerin dikkatli değerlendirilmesi önem taşımaktadır (14,65).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma infertil bireylerin kaygılarının, sosyal destek algısı ve evlilik uyumu açısından incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma hipotezleri;

1.H₀: İnfertil bireylerin kaygı düzeyleri ve sosyal destek algısı ile evlilik uyumu arasında ilişki yoktur.

2. H₁: İnfertil bireylerin kaygı düzeyleri ve sosyal destek algısı ile evlilik uyumu arasında ilişki vardır olarak belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma infertil bireylerin kaygılarının, sosyal destek algısı ve evlilik uyumu açısından incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 10 Ekim 2016 – 14 Nisan 2017 tarihleri arasında Özel Adana Metro Hastanesi Tüp Bebek Merkezi ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi İnfertilite Polikliniğinde yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Özel Adana Metro Hastanesi Tüp Bebek Merkezi ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi İnfertilite Polikliniği'ne başvuran bireyler oluşturmuştur. Örneklem hesabı için yapılan güç analizine göre β 0.90 güç, 0.05 hata payı ile 261 kişi olan örneklem sayısının yeterli olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın örneklem grubunu 10 Ekim 2016 – 14 Nisan 2017 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden evli bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 193 kadından biri, veri formunu doldurmayı kabul ettikten sonra eşi izin vermediği için katılmayı reddettiğinden, 8 kişi de formu doldurmaya başladıktan sonra sıkılıp doldurmayı bıraktığından çalışmaya 184 kadın ve 77 erkek olmak üzere toplam 261 kişi oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri şunlardır:

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme
- Primer ya da sekonder infertil olma
- İletişim güçlüğü ve/veya mental yetersizliği olmama

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Özel Adana Metro Hastanesi Tüp Bebek Merkezi ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi İnfertilite Polikliniği'ne başvuran, çalışmaya gönüllü olarak katılan infertil bireyler ile yapıldığından, elde edilen veriler örneklem ile sınırlıdır ve infertil bireylerin tamamı için genelleme yapılamaz.

3.6. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanarak oluşturulan, Birey Tanıtım Formu (Ek-1), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II (Ek-2), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-3), Evlilik Uyumu Ölçeği (Ek-4) yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

3.6.1. Birey Tanıtım Formu

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacı ile araştırmacılar tarafından geliştirilen 34 sorudan oluşan bir formdur.

3.6.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Öner ve Le Comte tarafından 1983 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu envantere göre üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz. Durumluk kaygı ölçeğinde puanlama, 1=Hiç, 2=Biraz, 3=Çok ve 4=Tamamıyla şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki puanlama ise 1=Hemen hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Çok zaman ve 4=Hemen her zaman şeklindedir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlar (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür.

Doğrudan ifadelerde 4 değeriindeki cevaplar, tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değeriindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddelerdir

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinde toplam 40 soru bulunmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder (66) .

3.6.3.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Ölçek, Zimmet ve arkadaşları (1988) tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş olup 12 maddeden oluşan 7 dereceli Likert tipi (“kesinlikle hayır”-1 puan ile “kesinlikle evet”-7 puan) bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin aile (3, 4, 8, 11), arkadaş (6, 7, 9, 12), özel kişi (1, 2, 5, 10) desteğini belirlemek üzere her biri dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Aile alt ölçeği, aileden algılanan; arkadaş alt ölçeği, arkadaşlarından algılanan ve özel kişi alt ölçeği, aile ve arkadaşlar dışında kalan, örneğin nişanlı, sözlü, flört, akraba, komşu veya doktordan algılanan sosyal destek anlamına gelmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (67) .

3.6.4.Evlilik Uyumu Ölçeği

Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ), Locke ve Wallace (1959) tarafından, evlilik uyumunu ölçmek amacıyla geliştirilmiş, 15 maddelik bir ölçektir. Hunt’ın 1978 ve Freeston ile Plechaty’nin 1997 yılında puanlama sistemi geliştirmesi doğrultusunda, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Tutarel- Kışlak tarafından 1999’da yapılmıştır. Ölçekte her bir madde ayrı puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 1; en yüksek puan 60 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kesim noktası 43 olarak belirlenmiş olup, evli kişiler 43 ve üzeri puan almışlarsa evliliklerinde uyumlu; 43 altı puan almışlarsa evliliklerinde uyumsuz olarak değerlendirilmektedir. Hunt’ın basitleştirilmiş puanlama sistemi aşağıda gösterilmiştir (68).

Çizelge 3.1. EUÖ'nin puanlarının dağılımı

Madde	Puanlama
1	0 ,1, 2 ,3, 4, 5, 6
2 ile 9 arası	5, 4, 3, 2, 1/0
10	0, 1, 2
11	3, 2, 1, 0
12	Anlaşmazlık: 0 Dışarıda bir şeyler yapmak: 1 Evde oturmak: 2
13	0, 1, 2, 3
14	2, 1, 0
15	0, 1, 2, 2

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Indepedent Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA” testi (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği göz önüne alınarak varyanslar homojense “Tukey”, değilse “Tamhane” test istatistikleri kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında

“Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.8. Etik Kurul Onayı

Araştırma yapılmadan önce ilgili hastaneden ve ölçeği geliştiren kişilerden izin alınmıştır (Ek-6-7-8). Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (Ek-9). Araştırmaya dahil edilen infertil bireyler araştırma hakkında bilgilendirilerek sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde infertil bireylerin sosyo-demografik özellikleri, infertil kadınların tıbbi ve obstetrik özellikleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek algısı ile evlilik uyumu arasındaki ilişkiye yönelik bulgular incelenmiştir.

4.1. İnfertil Bireylerin Araştırmaya Yönelik Sosyo-demografik Bulgularının Dağılımı

Bu çalışmada, çalışmaya katılmayı kabul eden infertil bireylerin %70.5'inin kadın, %29.5'sinin erkek olduğu, katılımcıların %57.5'inin soruları çift olarak cevapladıkları, infertil kadınların yaş ortalamasının 32.16 ± 6.98 , erkeklerin yaş ortalamasının 33.56 ± 6.79 olduğu bulunmuştur. İnfertil kadınların %47.9'unun beden kitle indeksinin normal aralıkta olduğu, katılımcıların tamamının evli olduğu, %42.1'inin 2-4 yıldır evli olduğu, %75.1'inin şehirde yaşadığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan infertil kadınların %30.3'ünün, erkeklerin %31.1'inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan infertil kadınların %25.0'inin çalıştığı, çalışan kadınların %38.9'unun özel sektörde çalıştığı, kadınların %40.2'sinin ev hanımı olduğu, çalışmaya katılan erkeklerin %92.2'sinin çalıştığı bulunmuştur. Katılımcıların %90.8'inin sosyal güvencesi olduğu, %70.1'inin gelir düzeyinin orta olduğu, %78.9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. İnfertil Bireylerin Araştırmaya Yönelik Sosyo-demografik Bulgularının Dağılımı

Değişken (N=261)	n	%
Cevaplanma Durumu		
Çift Olarak Cevaplayan	150	57.5
Yalnız Başına Cevaplayan	111	42.5
Cinsiyet		
Kadın	184	70.5
Erkek	77	29.5
Yaş [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 32,16 \pm 6,98$ (yıl)]		
25 Yaş ve Altı	52	19.9
26-32 Yaş	92	35.3
33-39 Yaş	76	29.1
40 Yaş ve Üzeri	41	15.7
Eş Yaş [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 33,56 \pm 6,79$ (yıl)]		
25 Yaş ve Altı	27	10.3
26-32 Yaş	102	39.1
33-39 Yaş	82	31.4
40 Yaş ve Üzeri	50	19.2
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf < 18,50	8	4.3
18,50 ≤ Normal ≤ 24,99	91	48.9
25,00 ≥ Şişman	87	46.8
Medeni Durum		
Evli	261	100.0
Evlilik Süresi [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 5.93 \pm 4.937$ (yıl)]		
1 Yıl	28	10.7
2-4 Yıl	110	42.1
5-7 Yıl	55	21.1
8 Yıl ve Üzeri	68	26.1
Yaşanılan Yer		
İl	196	75.1
İlçe	49	18.8
Köy	16	6.1
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	12	4.5
Okuryazar	4	1.5
İlkokul	44	16.9
Ortaokul	49	18.8
Lise	73	28.0
Üniversite ve Üzeri	79	30.3
Eş Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	10	3.8
Okuryazar	7	2.7
İlkokul	45	17.2
Ortaokul	51	19.5
Lise	67	25.7
Üniversite ve Üzeri	81	31.1

Çizelge 4.1. Devamı

Çalışma Durumu (Kadın)		
Evet	46	25.0
Hayır	138	75.0
Çalışma Durumu (Erkek)		
Evet	71	92.2
Hayır	6	7.8
Meslek		
Memur	45	19.6
Özel Sektör	89	38.9
Ev Hanımı	92	40.2
İşsiz	2	0.9
Emekli	1	0.4
Eş Çalışma Durumu		
Evet	196	75.1
Hayır	65	24.9
Eşin Mesleği		
Memur	31	17.3
Özel Sektör	144	80.4
İşsiz	1	0.6
Emekli	3	1.7
Sosyal Güvence		
Evet	178	90.8
Hayır	18	9.2
Gelir Düzeyi		
Düşük	30	11.5
Orta	183	70.1
Yüksek	48	18.4
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	206	78.9
Geniş Aile	53	20.3
Diğer	2	0.8
Toplam	261	100

4.2. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Çalışmaya katılan infertil kadınların %9.7'sinin kronik hastalığının olduğu, %23.4'ünün kadın sağlığı sorunu yaşadığı, %23.4'ünün herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullandığı, %32.6'sının kullandığı doğum kontrol yöntemlerinden oral kontraseptif (doğum kontrol hapı)'lerin ilk sırada yer aldığı, infertil kadınların %34.8'inin gebe kaldığı, %46.8'inin bir kez gebelik geçirdiği, %55.1'inde düşük/kürtaj geliştiği, gebeliğini tamamlayan kadınların %86.7'sinin yaşayan bir çocuğunun olduğu, %55.5'inin gebeliğinin istemeyerek düşükle sonlandığı bulunmuştur. İnfertil bireylerin infertilite nedeni olarak %37.6'sında açıklanamayan infertilite, %31.2'sinde kadın

faktör, %18.3'ünde erkek faktör, %12.9'unda hem kadın hem erkek faktör olarak bulunmuştur. Katılımcıların %46.8'inde infertilite süresi 4 yıl ve daha fazla olduğu, katılımcıların cinsel ilişki sayısının ortalama haftada 2.73 ± 1.590 olduğu, %84.9'unun infertilite tedavisi aldığı, infertilite tedavisi alanların %33.5'inin bir yıldan daha az süredir tedavi aldığı, kadınların %5.4'ünün geleneksel yöntem kullandığı bulunmuştur (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulguların Dağılımı

	n	%
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	18	9.7
Hayır	168	90.3
Kadın Sağlığı Sorunu		
Evet	43	23.4
Hayır	141	76.6
Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma		
Evet	43	23.4
Hayır	141	76.6
Doğum Kontrol Yöntemi		
Doğum Kontrol Hapı	14	32.6
Rahim İçi Araç	7	16.2
Kondom	10	23.3
Geri Çekme	12	27.9
Gebe Kalma Durumu		
Evet	62	34.8
Hayır	116	65.2
Gebelik Sayısı [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 1.89 \pm 1.333$]		
1 Kez	30	46.8
2 Kez	25	39.1
3 ve Üzeri	9	14.1
Düşük/Kürtaj Sayısı		
1 Kez	27	55.1
2 Kez	14	28.6
3 ve Üzeri	8	16.3
Yaşayan Çocuk		
1 Çocuk	13	86.7
2 Çocuk	2	13.3
Gebeliğin Sonlanma Durumu		
İsteyerek Düşük	1	1.5
İstemeyerek Düşük	36	55.5
Ölü Doğum	6	9.2
Canlı Doğum	15	24.6
Dış Gebelik	6	9.2

Çizelge 4.2. Devamı

İnfertilite Nedeni		
Erkek Faktör	34	18.3
Kadın Faktör	58	31.2
Hem Erkek Hem Kadın Faktör	24	12.9
Açıklanamayan İnfertilite	70	37.6
İnfertilite Yılı [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 4.49 \pm 3.861$ (yıl)]		
1 Yıl	39	21.0
2 Yıl	30	16.1
3 Yıl	30	16.1
4 Yıl ve Üzeri	87	46.8
Cinsel İlişki Sayısı (Hafta) [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 2.73 \pm 1.590$]		
1 Kez	33	15.4
2 Kez	69	32.2
3 Kez	71	33.2
4 ve Üzeri	41	19.2
İnfertilite Tedavisi Alma Durumu		
Evet	158	84.9
Hayır	28	15.1
İnfertilite Tedavi Yılı [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 2.24 \pm 1.126$]		
1 Yıldan Az	54	33.5
1-2 Yıl	45	28.0
3-5 Yıl	34	21.1
6 Yıl ve Üzeri	28	17.4
Geleneksel Yöntem Kullanma		
Evet	10	5.4
Hayır	176	94.6
Toplam	186	100

4.3. İnfertil Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Değişkenleri ile Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI I-II), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)'nin Aralarındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde bazı sosyo-demografik değişkenler ile STAI I-II, ÇBASDÖ ve EUÖ aralarındaki ilişkilere yönelik bulgulara yer verilmiştir. Bulgular Çizelge 4.3'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. İnfertil Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Değişkenleri ile Durumluk-Süreklî Kaygı Ölçeği, ÇBASDÖ ve EUÖ Karşılaştırılması

Değişken (N=261)	n	Kaygı Ölçeği		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Evlilik Uyum Ölçeği
		Durumluk	Süreklî	Aile	Arkadaş	Özel Kişi	Toplam	
Cevaplanma								
Çift Olarak	150	35.0 [20.0-76.0]	42.18±8.92	24.0 [4.0-28.0]	17.5 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	57.5 [16.0-84.0]	48.0 [21.0-60.0]
Yalnız Başına	111	38.0 [20.0-65.0]	45.32±8.73	25.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	55.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
İstatistiksel Analiz*		Z=-1.244 p=0.214	t=-2.833 p=0.005	Z=-0.311 p=0.576	Z=-1.675 p=0.094	Z=-0.413 p=0.679	Z=-0.739 p=0.460	Z=-1.293 p=0.196
Cinsiyet								
Kadın	184	37.0 [20.0-71.0]	44.96±8.44	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	16.5 [4.0-28.0]	56.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
Erkek	77	35.0 [20.0-76.0]	40.05±9.26	23.0 [4.0-28.0]	19.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	59.0 [18.0-84.0]	48.0 [23.0-60.0]
İstatistiksel Analiz		Z=-1.591 p=0.112	t=4.164 p=0.000	Z=-1.668 p=0.095	Z=-1.340 p=0.180	Z=-0.442 p=0.659	Z=-0.181 p=0.857	Z=-0.015 p=0.988
Yaş								
25 Yaş ve Altı	52	35.5 [24.0-76.0]	45.40±8.77	23.0 [4.0-28.0]	13.5 [4.0-28.0]	13.0 [4.0-28.0]	47.5 [18.0-84.0]	48.0 [25.0-59.0]
26-32 Yaş	92	36.0 [20.0-67.0]	43.43±9.14	25.0 [4.0-28.0]	20.0 [4.0-28.0]	18.5 [4.0-28.0]	61.5 [12.0-84.0]	49.0 [10.0-60.0]
33-39 Yaş	76	37.0 [20.0-73.0]	44.01±8.62	24.0 [4.0-28.0]	17.5 [4.0-28.0]	16.5 [4.0-28.0]	58.0 [12.0-84.0]	47.0 [6.0-60.0]
40 Yaş ve Üzeri	41	35.0 [23.0-61.0]	40.37±8.87	25.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	51.0 [23.0-84.0]	49.0 [19.0-59.0]
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=0.600$ p=0.896	F=2.588 p=0.054	$\chi^2=1.149$ p=0.765	$\chi^2=6.327$ p=0.097	$\chi^2=6.886$ p=0.076	$\chi^2=4.486$ p=0.214	$\chi^2=4.036$ p=0.258
Eş Yaş								
25 Yaş ve Altı	27	32.0 [20.0-76.0]	40.37±9.84	24.0 [4.0-28.0]	19.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	59.0 [23.0-84.0]	50.0 [36.0-59.0]
26-32 Yaş	102	36.0 [20.0-73.0]	44.68±8.91	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	57.5 [16.0-84.0]	48.0 [10.0-60.0]
33-39 Yaş	82	38.5 [20.0-71.0]	43.50±8.92	25.0 [4.0-28.0]	16.5 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	54.5 [12.0-84.0]	47.5 [10.0-60.0]
40 Yaş ve Üzeri	50	38.0 [23.0-60.0]	42.86±8.40	23.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	17.5 [4.0-28.0]	53.5 [12.0-84.0]	49.0 [6.0-59.0]
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=5.681$ p=0.128	F=1.786 p=0.150	$\chi^2=1.695$ p=0.638	$\chi^2=2.095$ p=0.553	$\chi^2=1.004$ p=0.800	$\chi^2=0.263$ p=0.967	$\chi^2=0.842$ p=0.839
BKİ								
Zayıf < 18,50 ⁽¹⁾	8	39.0 [20.0-54.0]	46.13±8.06	26.5 [18.0-28.0]	14.0 [4.0-25.0]	18.5 [4.0-26.0]	59.5 [36.0-62.0]	49.0 [35.0-56.0]
Normal ⁽²⁾	91	36.0 [20.0-71.0]	45.03±9.34	28.0 [4.0-28.0]	15.0 [4.0-28.0]	18.0 [4.0-28.0]	58.0 [13.0-84.0]	48.0 [10.0-60.0]
25,00 ≥ Şişman ⁽³⁾	87	38.0 [23.0-65.0]	44.66±7.68	22.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	50.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-59.0]
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=0.365$ p=0.833	F=0.129 p=0.879	$\chi^2=6.327$ p=0.042 [2-3]	$\chi^2=0.867$ p=0.648	$\chi^2=0.062$ p=0.970	$\chi^2=0.621$ p=0.733	$\chi^2=0.139$ p=0.933
Anlamlı Fark		-	-	-	-	-	-	-

*Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

→ Çizelge 4. 3. Devam

Değişken (N=261)	n	Kaygı Ölçeği		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Evlilik Uyum Ölçeği
		Durumluk	Sürekli	Aile	Arkadaş	Özel Kişi	Toplam	
Evlilik Süresi								
1 Yıl ⁽¹⁾	28	35.5 [20.0-67.0]	42.86±8.83	25.5 [4.0-28.0]	18.5 [4.0-28.0]	16.5 [4.0-28.0]	57.5 [18.0-84.0]	49.5 [36.0-57.0]
2-4 Yıl ⁽²⁾	110	35.0 [20.0-76.0]	44.15±9.33	24.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	18.0 [4.0-28.0]	59.5 [12.0-84.0]	47.5 [10.0-60.0]
5-7 Yıl ⁽³⁾	55	36.0 [20.0-56.0]	43.40±9.35	25.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	55.0 [18.0-84.0]	50.0 [32.0-60.0]
8 Yıl ve Üzeri ⁽⁴⁾	68	38.5 [20.0-65.0]	42.84±8.15	24.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	15.5 [4.0-28.0]	54.0 [12.0-84.0]	47.5 [6.0-58.0]
İstatistiksel Analiz*		$\chi^2=2.140$	F=0.367	$\chi^2=0.712$	$\chi^2=2.479$	$\chi^2=2.224$	$\chi^2=1.379$	$\chi^2=11.513$
Olasılık		p=0.544	p=0.777	p=0.870	p=0.479	p=0.527	p=0.710	p=0.009
Anlamlı Fark		-	-	-	-	-	-	[2,4-3]
Yaşanılan Yer								
İl ⁽¹⁾	196	36.0 [20.0-76.0]	42.65±8.92	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	55.0 [12.0-84.0]	48.0 [10.0-60.0]
İlçe ⁽²⁾	49	38.0 [20.0-65.0]	45.84±8.97	22.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	55.0 [12.0-84.0]	50.0 [6.0-59.0]
Köy ⁽³⁾	16	35.0 [21.0-60.0]	47.00±7.60	24.0 [6.0-28.0]	22.0 [6.0-28.0]	24.0 [6.0-28.0]	72.0 [25.0-84.0]	47.0 [19.0-59.0]
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=1.360$	F=2.156	$\chi^2=2.487$	$\chi^2=4.711$	$\chi^2=5.170$	$\chi^2=4.336$	$\chi^2=1.791$
Olasılık		p=0.507	p=0.118	p=0.288	p=0.095	p=0.075	p=0.114	p=0.408
Eğitim Durumu								
Okur Y. Değil ⁽¹⁾	12	36.5 [26.0-60.0]	48.0 [36.0-53.0]	20.0 [4.0-28.0]	14.5 [4.0-28.0]	15.5 [4.0-28.0]	47.0 [25.0-83.0]	49.5 [19.0-56.0]
İlkokul ⁽²⁾	44	39.0 [21.0-65.0]	44.5 [20.0-68.0]	23.5 [4.0-28.0]	13.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	51.5 [12.0-84.0]	48.5 [10.0-59.0]
Ortaokul ⁽³⁾	49	37.0 [20.0-67.0]	44.5 [23.0-57.0]	16.0 [4.0-28.0]	13.0 [4.0-28.0]	13.0 [4.0-28.0]	40.0 [12.0-84.0]	49.0 [6.0-59.0]
Lise ⁽⁴⁾	73	35.0 [20.0-76.0]	45.0 [24.0-73.0]	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	19.0 [4.0-28.0]	59.0 [13.0-84.0]	48.0 [18.0-58.0]
Üniversite ve ↑ ⁽⁵⁾	79	36.0 [20.0-73.0]	40.0 [20.0-70.0]	27.0 [4.0-28.0]	23.0 [4.0-28.0]	22.0 [4.0-28.0]	72.0 [12.0-84.0]	48.0 [31.0-60.0]
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=1.731$	$\chi^2=11.828$	$\chi^2=11.812$	$\chi^2=25.037$	$\chi^2=15.731$	$\chi^2=22.225$	$\chi^2=1.122$
Olasılık		p=0.785	p=0.019	p=0.019	p=0.000	p=0.003	p=0.000	p=0.891
Anlamlı Fark		-	[1,4-5]	[3-4,5]	[1,2,3,4-5]	[2,3-5] [3-4]	[1,2,3-5] [3-4]	-
Çalışma Durum								
Evet	137	35.0 [20.0-76.0]	41.29±9.33	25.0 [4.0-28.0]	20.0 [4.0-28.0]	19.0 [4.0-28.0]	62.0 [13.0-84.0]	48.0 [25.0-60.0]
Hayır	124	38.0 [20.0-65.0]	45.31±8.24	24.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	48.5 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
İstatistiksel Analiz		Z=-1.774	t=-3.701	Z=-0.045	Z=-3.389	Z=-1.591	Z=-2.039	Z=-0.444
Olasılık		p=0.076	p=0.000	p=0.964	p=0.001	p=0.112	p=0.041	p=0.657

*Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

→ Çizelge 4. 3. Devam

Değişken (N=261)	n	Kaygı Ölçeği		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Evlilik Uyum Ölçeği
		Durumluk	Sürekli	Aile	Arkadaş	Özel Kişi	Toplam	
Meslek								
Memur ⁽¹⁾	45	38.0 [21.0-73.0]	41.84±10.94	28.0 [4.0-28.0]	20.0 [4.0-28.0]	21.0 [4.0-2.,0]	64.0 [12.0-84.0]	47.0 [31.0-60.0]
Özel Sektör ⁽²⁾	89	35.0 [20.0-76.0]	42.22±8.77	24.0 [4.0-28.0]	20.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	60.0 [13.0-84.0]	48.0 [25.0-59.0]
Ev Hanımı ⁽³⁾	92	36.0 [20.0-65.0]	45.10±8.31	24.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	14.5 [4.0-28.0]	47.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-59.0]
İstatistiksel Analiz*		$\chi^2=1.223$	F=3.016	$\chi^2=2.318$	$\chi^2=10.788$	$\chi^2=3.576$	$\chi^2=5.332$	$\chi^2=0.636$
Olasılık		p=0.542	p=0.051	p=0.314	p=0.005	p=0.167	p=0.070	p=0.728
Anlamlı Fark		-	-	-	[1,2-3]	-	-	-
Eş Çalışma								
Evet	196	37.0 [20.0-73.0]	44.12±8.78	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	57.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
Hayır	65	35.0 [20.0-76.0]	41.69±9.30	23.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	50.0 [12.0-84.0]	48.0 [15.0-59.0]
İstatistiksel Analiz		Z=-1.131	t=1.901	Z=-1.852	Z=-0.237	Z=-1.415	Z=-1.336	Z=-0.054
Olasılık		p=0.258	p=0.058	p=0.064	p=0.813	p=0.157	p=0.181	p=0.957
Sosyal Güvence								
Evet	178	36.0 [20.0-71.0]	44.53±8.83	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	56.5 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
Hayır	18	46.5 [24.0-65.0]	45.72±6.62	26.0 [5.0-28.0]	13.5 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	51.5 [16.0-82.0]	46.5 [21.0-58.0]
İstatistiksel Analiz		Z=-2.177	t=-0.555	Z=-0.650	Z=1.500	Z=-0.245	Z=-0.360	Z=-0.107
Olasılık		p=0.029	p=0.579	p=0.515	p=0.134	p=0.807	p=0.719	p=0.915
Gelir Düzeyi								
Düşük ⁽¹⁾	30	43.0 [21.0-65.0]	48.5 [36.0-68.0]	19.0 [4.0-28.0]	9.5 [4.0-24.0]	13.0 [4.0-28.0]	42.5 [16.0-74.0]	48.0 [19.0-59.0]
Orta ⁽²⁾	183	36.0 [20.0-76.0]	44.0 [20.0-70.0]	25.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	58.0 [12.0-84.0]	49.0 [6.0-60.0]
Yüksek ⁽³⁾	48	34.0 [20.0-73.0]	41.0 [27.0-73.0]	25.0 [4.0-28.0]	19.5 [4.0-28.0]	21.0 [4.0-28.0]	60.0 [12.0-84.0]	46.0 [10.0-58.0]
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=7.043$	$\chi^2=15.444$	$\chi^2=5.514$	$\chi^2=12.858$	$\chi^2=4.288$	$\chi^2=11.085$	$\chi^2=5.976$
Olasılık		p=0.030	p=0.000	p=0.063	p=0.002	p=0.117	p=0.004	p=0.051
Anlamlı Fark		[1-2,3]	[1-2,3]	-	[1-2,3]	-	[1-2,3]	-
Aile Tipi								
Çekirdek Aile	206	36.0 [20.0-76.,]	43.18±8.88	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	57.0 [12.0-84.0]	48.5 [10.0-60.0]
Geniş Aile	53	38.0 [21.0-65.0]	44.87±9.35	23.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	55.0 [20.0-84.0]	46.0 [6.0-59.0]
İstatistiksel Analiz		Z=-1.163	t=-1.221	Z=-0.967	Z=-0.628	Z=-0.346	Z=-0.803	Z=-1.677
Olasılık		p=0.245	p=0.223	p=0.333	p=0.530	p=0.729	p=0.422	p=0.094

*Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Soruları tek başına cevaplayanların sürekli kaygı ölçeği puanı, çift olarak cevaplayanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.005$).

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre sürekli kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların sürekli kaygı ölçeği puanı, erkeklerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.000$).

Çalışmaya katılan infertil kadınların Beden Kitle İndekslerine (BKİ) göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.042$). BKİ normal olanların aile alt boyutu puanı, şişman olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların evlilik süresi değişkenine göre evlilik uyum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.009$). 5-7 yıldır evli olanların evlilik uyum ölçeği puanı, 2-4 yıl ve 8 yıl ve üzeri evli olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre sürekli kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.019$). Üniversite ve üzeri mezun olanların sürekli kaygı ölçeği puanı, okuryazar olmayan ve lise mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Katılımcıların eğitim durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.019$). Ortaokul mezunu olanların aile alt boyutu puanı, lise ve üniversite ve üzeri mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.000$). Üniversite ve üzeri mezunu olanların arkadaş alt boyutu puanı, diğer eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.003$). Üniversite ve üzeri mezunu olanların özel kişi alt boyutu puanı, ilköğretim ve ortaokul mezunu olanlardan; lise mezunu olanların özel kişi alt boyutu

puanı, ortaokul mezunu olanlardan göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.000$). Üniversite ve üzeri mezunu olanların ÇBASD ölçek puanı, okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Lise mezunu olanların ölçek puanı, ortaokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre sürekli kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.000$). Çalışmayan kişilerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puan, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.041$). Çalışan kişilerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.001$). Çalışan kişilerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutundan aldıkları puanları, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların mesleklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.005$). Ev hanımı olanların arkadaş alt boyutu puanı, memur ve özel sektörde çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Katılımcıların sosyal güvence değişkenine göre durumluk kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.029$). Sosyal güvencesi olmayanların durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanları, sosyal güvencesi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların gelir düzeyi değişkenine göre durumluk kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.030$). Geliri düşük

olanların durumluk kaygı ölçeği puanı, orta ve yüksek olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların gelir düzeyi değişkenine göre sürekli kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.000$). Geliri düşük olanların sürekli kaygı ölçeği puanı, orta ve yüksek olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların gelir düzeyi değişkenine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.002$). Geliri düşük olanların arkadaş alt boyutu puanı, orta ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Katılımcıların gelir düzeyi değişkenine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.004$). Geliri düşük olanların ÇBASD ölçek puanı, orta ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

4.4. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Değişkenler ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II, ÇBASDÖ ve EUÖ'ne Yönelik Bulgular

Bu bölümde infertil kadınların tıbbi ve obstetrik özelliklerine yönelik değişkenler ile STAI I-II, ÇBASDÖ ve EUÖ'nin aralarındaki ilişkilere yönelik bulgulara yer verilmiştir. Bulgular Çizelge 4.4'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.4. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Değişkenler ile Kaygı, ÇBASDÖ ve EUÖ'nin Karşılaştırılması

Değişken (N=261)	n	Kaygı Ölçeği		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Evlilik Uyum Ölçeği
		Durumluk	Sürekli	Aile	Arkadaş	Özel Kişi	Toplam	
Kronik Hastalık								
Evet	18	49.0 [26.0-61.0]	47.39±7.21	24.0 [4.0-28.0]	12.5 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	43.5 [13.0-84.0]	46.5 [31.0-59.0]
Hayır	168	36.0 [20.0-71.0]	44.64±8.62	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	16.5 [4.0-28.0]	57.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
İstatistiksel Analiz* Olasılık		Z=-3.003 p=0.003	t=1.306 p=0.193	Z=-0.202 p=0.840	Z=-1.097 p=0.273	Z=-0.028 p=0.978	Z=-0.500 p=0.617	Z=-0.314 p=0.754
K.Sağlık Sorunu								
Evet	43	45.0 [20.0-65.0]	47.02±9.94	24.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	47.0 [12.0-84.0]	46.0 [15.0-60.0]
Hayır	141	36.0 [20.0-71.0]	44.31±7.90	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	57.0 [12.0-84.0]	49.0 [6.0-59.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık		Z=-1.772 p=0.076	t=1.849 p=0.066	Z=-0.210 p=0.834	Z=-0.007 p=0.995	Z=-0.766 p=0.444	Z=-0.344 p=0.731	Z=-1.772 p=0.076
Doğum Kontrol								
Evet	43	37.0 [24.0-63.0]	45.12±8.99	28.0 [5.0-28.0]	24.0 [4.0-28.0]	22.0 [4.0-28.0]	73.0 [19.0-84.0]	47.0 [33.0-60.0]
Hayır	141	37.0 [20.0-71.0]	45.00±8.34	23.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	51.0 [12.0-84.0]	49.0 [6.0-59.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık		Z=-0.109 p=0.914	t=0.081 p=0.936	Z=-2.907 p=0.004	Z=-3.075 p=0.002	Z=-2.594 p=0.009	Z=-3.319 p=0.001	Z=-1.199 p=0.230
Gebe Kalma								
Evet	62	36.5 [20.0-65.0]	44.98±8.51	22.5 [4.0-28.0]	12.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	47.5 [12.0-84.0]	48.0 [10.0-59.0]
Hayır	116	37.5 [20.0-71.0]	44.70±8.57	25.0 [4.0-28.0]	17.5 [4.0-28.0]	18.0 [4.0-28.0]	60.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık		Z=-0.826 p=0.409	t=0.212 p=0.832	Z=-1.152 p=0.249	Z=-2.499 p=0.012	Z=1.945 p=0.052	Z=-2.276 p=0.023	Z=-0.732 p=0.464
Gebelik Sayısı								
1 Kez	30	37.60±8.88	44.0 [28.0-61.0]	26.0 [4.0-28.0]	15.0 [4.0-28.0]	17.00±7.18	55.5 [12.0-82.0]	48.5 [10.0-59.0]
2 Kez	25	38.72±10.02	47.0 [33.0-73.0]	21.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	15.88±8.00	48.0 [12.0-84.0]	48.0 [15.0-58.0]
3 ve Üzeri	9	39.89±16.39	43.0 [37.0-61.0]	12.0 [4.0-28.0]	9.0 [4.0-25.0]	11.33±7.71	36.0 [16.0-80.0]	46.0 [41.0-58.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık		F=0.185 p=0.831	$\chi^2=1.169$ p=0.557	$\chi^2=6.046$ p=0.049 [1-3]	$\chi^2=2.604$ p=0.272	F=1.938 p=0.153	$\chi^2=6.360$ p=0.042 [1-3]	$\chi^2=0.070$ p=0.966
Anlamlı Fark		-	-	-	-	-	-	-

*Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

→ Çizelge 4. 4. Devam

Değişken (N=261)	n	Kaygı Ölçeği		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Evlilik Uyum Ölçeği
		Durumluk	Sürekli	Aile	Arkadaş	Özel Kişi	Toplam	
Düşük/Kürtaj								
1 Kez	27	37.33±9.57	43.15±8.19	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	16.30±8.02	53.44±20.30	50.0 [10.0-59.0]
2 Kez	14	37.43±11.38	48.50±10.03	23.5 [4.0-28.0]	11.5 [4.0-28.0]	13.43±8.42	48.14±21.96	49.0 [15.0-58.0]
3 ve Üzeri	8	42.38±15.60	45.50±8.42	12.5 [4.0-28.0]	10.0 [4.0-25.0]	12.13±7.85	36.88±20.31	45.5 [41.0-58.0]
İstatistiksel Analiz* Olasılık		F=0.670 p=0.517	F=1.550 p=0.223	$\chi^2=4.420$ p=0.110	$\chi^2=1.545$ p=0.462	F=1.095 p=0.343	F=1.988 p=0.149	$\chi^2=2.561$ p=0.278
İnfertilite Neden								
Erkek Faktör	34	41.5 [20.0-71.0]	44.29±8.24	24.5 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	16.5 [4.0-28.0]	57.5 [12.0-84.0]	49.0 [6.0-59.0]
Kadın Faktör	58	36.0 [20.0-63.0]	45.45±8.70	28.0 [4.0-28.0]	16.5 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	57.5 [12.0-84.0]	49.0 [15.0-60.0]
Erkek+Kadın Fa.	24	34.0 [20.0-61.0]	44.75±10.97	25.0 [4.0-28.0]	12.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	46.5 [12.0-84.0]	49.5 [10.0-58.0]
Açıklanamayan	70	37.5 [20.0-65.0]	44.80±7.66	23.0 [4.0-28.0]	17.5 [4.0-28.0]	18.0 [4.0-28.0]	57.5 [13.0-84.0]	46.5 [10.0-59.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık		$\chi^2=0.762$ p=0.858	F=0.141 p=0.935	$\chi^2=3.982$ p=0.263	$\chi^2=1.009$ p=0.799	$\chi^2=2.975$ p=0.395	$\chi^2=1.403$ p=0.705	$\chi^2=2.943$ p=0.401
İnfertilite Yılı								
1 Yıl	39	39.46±10.94	44.74±9.95	27.0 [4.0-28.0]	20.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	58.0 [18.0-84.0]	48.0 [33.0-59.0]
2 Yıl	30	34.97±9.96	44.33±8.84	25.5 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	19.0 [4.0-28.0]	60.0 [16.0-84.0]	48.5 [10.0-60.0]
3 Yıl	30	43.50±11.45	46.87±7.78	22.5 [4.0-28.0]	15.5 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	55.5 [12.0-84.0]	47.5 [18.0-59.0]
4 Yıl ve Üzeri	87	38.97±11.74	44.49±7.95	25.0 [4.0-28.0]	13.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	54.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-59.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık Anlamlı Fark		F=2.888 p=0.037 [2-3]	F=0.645 p=0.587 -	$\chi^2=1.596$ p=0.660 -	$\chi^2=3.288$ p=0.349 -	$\chi^2=0.635$ p=0.888 -	$\chi^2=1.834$ p=0.608 -	$\chi^2=2.500$ p=0.475 -
Cinsellik (Hafta)								
1 Kez	33	35.0 [20.0-53.0]	44.03±8.16	26.0 [6.0-28.0]	20.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	55.0 [22.0-84.0]	49.0 [25.0-60.0]
2 Kez	69	38.0 [21.0-63.0]	43.04±8.36	23.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	57.0 [16.0-84.0]	48.0 [6.0-59.0]
3 Kez	71	35.0 [20.0-76.0]	43.36±9.58	22.0 [4.0-28.0]	19.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	58.0 [16.0-84.0]	47.0 [21.0-59.0]
4 ve Üzeri	41	44.0 [23.0-73.0]	45.12±9.55	21.0 [4.0-28.0]	13.0 [4.0-28.0]	14.0 [4.0-28.0]	48.0 [12.0-84.0]	47.0 [10.0-58.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık		$\chi^2=7.125$ p=0.068	F=0.512 p=0.674	$\chi^2=5.506$ p=0.138	$\chi^2=5.397$ p=0.145	$\chi^2=1.861$ p=0.602	$\chi^2=3.996$ p=0.262	$\chi^2=4.967$ p=0.174

*Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

→ Çizelge 4. 4. Devam

Değişken (N=261)	n	Kaygı Ölçeği		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Evlilik Uyum Ölçeği
		Durumluk	Sürekli	Aile	Arkadaş	Özel Kişi	Toplam	
İnfertilite Tedavisi Alma								
Evet	158	37.0 [20.0-65.0]	44.93±8.54	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	57.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
Hayır	28	34.0 [24.0-71.0]	44.75±8.48	21.5 [4.0-28.0]	15.5 [4.0-28.0]	18.0 [4.0-28.0]	49.5 [18.0-84.0]	47.5 [10.0-59.0]
İstatistiksel Analiz* Olasılık		Z=-0.341 p=0.733	t=0.103 p=0.918	Z=-0.695 p=0.487	Z=-0.607 p=0.544	Z=-1.732 p=0.083	Z=-0.722 p=0.470	Z=-0.900 p=0.368
İnfertilite Tedavi Yılı								
1 Yıldan Az	54	35.0 [20.0-61.0]	44.02±9.36	25.0 [4.0-28.0]	15.0 [4.0-28.0]	16.5 [4.0-28.0]	57.5 [12.0-84.0]	47.5 [10.0-58.0]
1-2 Yıl	45	41.0 [20.0-63.0]	44.71±8.08	24.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	15.0 [4.0-28.0]	56.0 [13.0-84.0]	49.0 [18.0-60.0]
3-5 Yıl	34	40.0 [24.0-65.0]	45.74±7.55	25.0 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	18.0 [4.0-28.0]	57.5 [12.0-84.0]	48.5 [15.0-58.0]
6 Yıl ve Üzeri	28	36.5 [20.0-65.0]	45.86±8.61	27.0 [4.0-28.0]	13.0 [4.0-28.0]	15.0 [4.0-28.0]	56.5 [12.0-84.0]	47.5 [6.0-57.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık		$\chi^2=3.785$ p=0.286	F=0.427 p=0.734	$\chi^2=0.523$ p=0.914	$\chi^2=1.508$ p=0.680	$\chi^2=0.814$ p=0.846	$\chi^2=0.453$ p=0.929	$\chi^2=2.885$ p=0.410
Geleneksel Yöntem Kullanma								
Evet	10	47.0 [23.0-60.0]	48.90±9.55	20.5 [4.0-28.0]	17.0 [4.0-28.0]	24.5 [6.0-28.0]	60.5 [25.0-84.0]	42.5 [19.0-55.0]
Hayır	176	36.5 [20.0-71.0]	44.67±8.42	25.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	16.0 [4.0-28.0]	56.0 [12.0-84.0]	48.0 [6.0-60.0]
İstatistiksel Analiz Olasılık		Z=-1.066 p=0.286	t=1.532 p=0.127	Z=0.983 p=0.326	Z=-0.454 p=0.650	Z=-1.302 p=0.193	Z=-0.314 p=0.753	Z=-1.992 p=0.046

*Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

İnfertil kadınların kronik hastalık varlığı değişkenine göre durumluk kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.003$). Kronik hastalığı olanların durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puan, kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların gebe kalma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.012$). Gebe kalmamış olan kişilerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutundan aldıkları puan, gebe kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların gebe kalma durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.023$). Gebe kalmamış olan kişilerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar, gebe kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların gebelik sayısına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.049$). Gebelik sayısına göre 1 kez gebe kalmış olanların aile alt boyutu puanı, 3 ve daha fazla kez gebe kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların gebelik sayısına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.042$). 1 kez gebe kalmış olanların ÇBASD ölçek puanı, 3 ve daha fazla kez gebe kalmış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların infertilite yılı değişkenine göre durumluk kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.037$). İnfertilite yılı 3 yıl olanların durumluk kaygı ölçeği puanı, 2 yıl olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların geleneksel yöntem kullanma durumu değişkenine göre evlilik uyum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.046$). Geleneksel yöntem kullanmayanların evlilik uyum ölçeği puanı, geleneksel yöntem kullananlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir

4.5. ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II'nin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Bu bölümde ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II'nin aralarındaki ilişkilere yönelik bulgulara yer verilmiştir. Bulgular Çizelge 4.5'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.5. Kaygı, ÇBASDÖ ve EUÖ'nin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Korelasyon* (N=261)		Durumluk Kaygı Ölçeği	Sürekli Kaygı Ölçeği	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Alt Boyutu	Arkadaş Alt Boyutu	Özel Kişi Alt Boyutu	Evlilik Uyum Ölçeği
Durumluk Kaygı Ölçeği	r	1.000	0.457	-0.097	-0.201	-0.067	-0.022	-0.116
	p	.	0.000	0.117	0.001	0.280	0.728	0.061
Sürekli Kaygı Ölçeği	r	#	1.000	-0.151	-0.224	-0.147	-0.065	-0.223
	p	.	.	0.014	0.000	0.017	0.295	0.000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	#	#	1.000	0.742	0.878	0.889	0.120
	p	.	.	.	0.000	0.000	0.000	0.052
Aile Alt Boyutu	r	#	#	#	1.000	0.477	0.497	0.230
	p	.	.	.	.	0.000	0.000	0.000
Arkadaş Alt Boyutu	r	#	#	#	#	1.000	0.713	0.070
	p	.	.	.	.	.	0.000	0.260
Özel Kişi Alt Boyutu	r	#	#	#	#	#	1.000	0.034
	p	.	.	.	.	.	.	0.587
Evlilik Uyum Ölçeği	r	#	#	#	#	#	#	1.000
	p	.	.	.	.	.	.	.

*Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Bu çalışmada durumluk kaygı ölçeği ile sürekli kaygı ölçeği arasında pozitif yönlü, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Durumluk kaygı ölçeği puanı arttıkça, sürekli kaygı ölçeği puanı artmakta; aynı şekilde durumluk kaygı ölçeği puanı azaldıkça, sürekli kaygı ölçeği puanı da azalmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu arasında negatif yönlü, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.001$). Durumluk kaygı ölçeği puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azalmakta; aynı şekilde durumluk kaygı ölçeği puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı artmaktadır.

Çalışmamızda, sürekli kaygı ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arasında negatif yönlü, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.014$). Sürekli kaygı ölçeği puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı azalmakta; aynı şekilde sürekli kaygı ölçeği puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı artmaktadır. Sürekli kaygı ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu arasında negatif yönlü, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Sürekli kaygı ölçeği puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azalmakta; aynı şekilde sürekli kaygı ölçeği puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı artmaktadır. Sürekli kaygı ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu arasında negatif yönlü, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.017$). Sürekli kaygı ölçeği puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı azalmakta; aynı şekilde sürekli kaygı ölçeği puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı artmaktadır.

Sürekli kaygı ölçeği ile evlilik uyum ölçeği arasında negatif yönlü, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Sürekli kaygı ölçeği puanı arttıkça, evlilik uyum ölçeği puanı azalmakta; aynı şekilde sürekli kaygı ölçeği puanı azaldıkça, evlilik uyum ölçeği puanı artmaktadır.

Araştırmamızda, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu arasında pozitif yönlü, yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Çok boyutlu algılanan

sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı artmakta; aynı şekilde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı da azalmaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu arasında pozitif yönlü, yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı artmakta; aynı şekilde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı da azalmaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu arasında pozitif yönlü, yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı artmakta; aynı şekilde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı da azalmaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu arasında pozitif yönlü, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı artmakta; aynı şekilde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı da azalmaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu arasında pozitif yönlü, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanı artmakta; aynı şekilde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanı da azalmaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu ile evlilik uyum ölçeği arasında pozitif yönlü, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı arttıkça, evlilik uyum ölçeği puanı artmakta; aynı şekilde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azaldıkça, evlilik uyum ölçeği puanı da azalmaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu arasında pozitif yönlü, yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanı artmakta; aynı şekilde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanı da azalmaktadır.

4.5. ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II'ye Ait Tanımlayıcı Değişkenlere Yönelik Bulgular

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Evlilik Uyumu Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II'ye ait tanımlayıcı değişkenler Çizelge 4.6.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Kaygı, ÇBASDÖ ve EUÖ'ne Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Dağılımları

Ölçek (N=261)	Mean	S.D.	Median	Min.	Max.
Durumluk Kaygı Ölçeği	38.62	11.64	36.0	20.0	76.0
Sürekli Kaygı Ölçeği	43.51	8.96	44.0	20.0	73.0
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	54.23	20.99	56.0	12.0	84.0
<i>Aile Alt Boyutu</i>	20.96	7.91	25.0	4.0	28.0
<i>Arkadaş Alt Boyutu</i>	16.52	8.38	16.0	4.0	28.0
<i>Özel Kişi Alt Boyutu</i>	16.74	8.27	17.0	4.0	28.0
Evlilik Uyum Ölçeği	46.42	8.92	48.0	6.0	60.0

Ölçeklerden elde edilen puan ortalamalarına göre katılımcılar orta düzeyde kaygılı; orta düzeyde sosyal desteğe sahip ve evlilikleri uyumlu olarak bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada infertil bireylerin kaygılarının, sosyal destek algısı ve evlilik uyumu açısından incelenmesine yönelik bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1.İnfertil Bireylerin Araştırmaya Yönelik Sosyo-demografik Bulgularının Tartışılması

Bireysel ve sosyo demografik özellikler, infertilite kaynaklı psikososyal sorunların ortaya çıkmasında etkili rol oynamaktadır. Yaş, evlilik süresi, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum gibi faktörler bireylerin infertiliteyi algılama biçimi üzerinde etkili olabilmektedir (69).

Yaş, infertiliteyi doğrudan etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. (19). “Türkiye’de doğumların %64’ü 30 yaşından önce gerçekleşmektedir. 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde gerçekleşen doğumlar, gebelik ve doğumla ilişkili hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu doğumlardır. Bu doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır” (70). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013) verilerine göre, en yüksek doğurganlık yaşının 25-29 yaşları arasında olduğu bildirilmiştir. Daha önce en yüksek doğurganlık yaşı 20-24 yaşları arasında iken ilk olarak TNSA-2008’de doğurganlık yaşının 25-29 yaşlarına yükseldiği bildirilmiştir. Bu sonuç, Türkiye’de doğurganlık yaşının ilerlediğini, 25-49 yaşları arasında doğurganlık yaşının ortalama 22.9 olduğunu göstermektedir (70). Türkiye’de ve Dünya’da infertil kadınlar arasında yapılan çalışmalarda kadınların yaş ortalamaları; Kee ve ark. (2000)’nin çalışmasında 32.76 ± 3.71 yaş, Volgsten (2008)’in çalışmasında 32.9 ± 3.9 yaş, Orhan (2010) tarafından yapılan çalışmada 31.8 ± 5.5 yaş, Güleç ve ark. (2011)’nin yaptığı çalışmada 30.7 ± 5.6 yaş, Yurdağül ve Oltuluoğlu (2011)’nin çalışmasında 31.23 ± 6.62 yaş, Uğur (2014)’ün çalışmasında 33.96 ± 5.38 yaş, Keskin ve Babacan (2014)’nin çalışmasında, 32.21 ± 4.73 yaş, Durmazoğlu (2015)’nin çalışmasında 32.99 ± 3.989 yaş, olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada infertil kadınların yaş ortalaması 32.16 ± 6.98 olarak bulunmuştur. İnfertilite ile ilgili erkekler arasında yapılan çalışmalarda erkeklerin yaş ortalaması; Volgsten (2008)’nin çalışmasında 34.7 ± 4.8 yaş, Orhan (2010)’nin çalışmasında 35.3 ± 5.1 yaş, Güleç ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada 34.8 ± 6.4 yaş, Algül (2013)’ün çalışmasında 32.36 ± 5.96 yaş olarak

bildirilmiştir. Bu çalışmada erkeklerin yaş ortalaması 33.56 ± 6.79 olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Yapılan çalışmalarda, infertil kadınların halen üreme çağında olduklarını göstermektedir (71-76).

İnfertiliteyi etkileyen diğer bir faktör obezitedir. Obezite tanısı için kullanılan en basit yöntem beden kitle indeksinin hesaplanmasıdır. Beden Kitle İndeksi (BKİ); bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun karesine (m^2) bölünmesiyle bulunur (77). BKİ puanı $18.50 \text{ kg}/m^2$ 'nin altında ise zayıf, $18.50-24.99 \text{ kg}/m^2$ aralığında ise normal, $25.0-29.99 \text{ kg}/m^2$ aralığında ise fazla kilolu, $30.0 \text{ kg}/m^2$ üzerinde ise obez olarak sınıflandırılır (78). Balasch (2010) tarafından yapılan çalışmada infertil kadınların BKİ puanına göre normal aralıkta olduğu, Teskereci (2010)'nin çalışmasında infertil kadınların % 60.5' inin BKİ puanına göre normal aralıkta olduğu, Guedes ve Canavarro (2014)'nun çalışmasında infertil kadınların %47.9'unun BKİ puanına göre normal aralıkta olduğu bildirilmiştir (80,81). Bu çalışmada infertil kadınların % 48.9'unun BKİ puanına göre normal aralıkta olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1).

İnfertil kadınların evlilik sürelerine ilişkin yapılan çalışmalarda ortalama evlilik süreleri; Tüzer ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada 5.58 ± 4.28 , Bodur ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada 56.2 ± 4.34 , Haliloğlu ve ark. (2013)'nin çalışmasında 6.31 ± 4.91 , Algül (2013) tarafından yapılan çalışmada 5.38 ± 5.44 olarak bildirilmiştir (20,33,75,82). Bu çalışmada evlilik süreleri ortalama 5.93 ± 4.937 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.1).

İnfertilite tanı ve tedavisi uzun bir süreçtir. Çiftlerin bu süreçte sık sık tedavi merkezlerine gitmeleri gerekebilir. Kırsalda yaşayanlar için ulaşım zorlukları yaşanması çiftler için farklı bir stres kaynağı olabilmektedir. Güleç ve ark. (2011)'nin çalışmasında infertilite grubunun daha fazla kırsal alanda yaşadığı belirtilmiştir. Ancak Teskereci (2010) tarafından yapılan çalışmada infertil kadınların %56.0'sı, Kara (2011)'nin çalışmasında %50.9'u, Algül (2013)'ün çalışmasında %30.8'i, Şen ve ark. (2014)'nin çalışmasında %44.8'inin şehirde yaşadığı bildirilmiştir (37,74,75,79,84). Bu çalışmada infertil bireylerin %75.1'inin şehirde yaşadığı bulunmuştur (Çizelge 4.1).

Eğitim düzeyi hem infertiliteyi algılama, hem tedavi sürecinde önerileri yerine getirme hem de infertilite stresi ile mücadele etmede önemli rol oynamaktadır. Teskereci (2010)'nin çalışmasında infertil kadınların %17.0'sinin üniversite mezunu olduğu, Kara (2011)'nin yaptığı çalışmada infertil kadınların %17.0'sinin üniversite

mezunu olduğu, Haliloğlu ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada infertil kadınların %10.0'unun üniversite mezunu olduğu, Şen ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmada kadınların %21.6'sının üniversite mezunu olduğu, Durmazoğlu (2015)'nin çalışmasında kadınların %31.5'inin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada kadınların %30.3'ü üniversite mezunu olarak bulunmuştur. İnfertil grubuna yönelik erkeklerin eğitim durumunu inceleyen çalışmalarda; Teskereci (2010) 'inin yaptığı çalışmada erkeklerin %24.0'ünün, Durmazoğlu (2015)'nin çalışmasında erkeklerin %37.0'sinin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (33,37,79,84). Bu çalışmada erkeklerinin %31.1'inin üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1).

İnfertilite tedavi süreci hem pahalı hem uzun hem de zaman alan bir süreçtir. İnfertil kadınların çoğunun tedavi masraflarını karşılayabilmek için çalışmaları gerekebilmektedir. Çalışan kadınlar infertilite tedavisi sırasında iş yerlerinden sık sık izin almak zorunda kalabilmektedir. Tedavinin başarısız olması durumunda tedaviye tekrar başlanması kadının iş yerinden tekrar izin almak zorunda kalmasına neden olmaktadır. Kadınların iş yerlerinden sık izin almaları işlerini kaybetme korkusu yaşamalarına dolayısıyla kadınların strese girmelerine yol açabilmektedir (Durmazoğlu, 2015). Oğuz (2004) tarafından yapılan çalışmada infertil kadınların %58.9'unun, Teskereci (2010)'nin çalışmasında kadınların %41.0'inin, Uğur (2014)'un yaptığı çalışmada kadınların %7.4'ünün çalıştığı, Durmazoğlu (2015)'nin yaptığı çalışmada, çalışan kadınların %65.7'sinin özel sektörde çalıştığı bildirilmiştir (79,85,86). Bu çalışmada infertil kadınların %25.0'inin çalıştığı, çalışan kadınların %38.9'unun ise özel sektörde çalıştığı bulunmuştur (Çizelge 4.1). Özel sektörde çalışmak izin almak açısından daha fazla sorun yaratabilmekte ve bu neden özel sektörde çalışan kadınların işlerini kaybetme yönünde daha fazla kaygı yaşayabileceği düşünülmektedir.

Teskereci (2010)'nin çalışmasında infertil bireylerin %95.5'inin, Yurdagül ve Oltuluoğlu (2011)'nin çalışmasında %83.3'ünün, Algül (2013)'ün çalışmasında %86.5'inin sosyal güvencesinin olduğu bildirilmiştir (75,79,88). Bu çalışmada katılımcıların %90.8'inin sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1).

Gelir düzeyi infertil bireylerin çocuk sahibi olma sürecinde yaşam kalitelerini etkilemektedir. Yapılan araştırmalar düşük gelir düzeyine sahip kadınların infertiliteden psikolojik olarak daha fazla etkilendiklerini göstermektedir. Oğuz (2004) çalışmasında

katılımcıların %42.1'inin, Teskereci (2010) çalışmasında % 40.0'ının, , Algül (2013) çalışmasında %50.0'sinin, Şen ve ark. (2014) çalışmasında %59.0'unun gelir durumunu orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (37,75,79,86). Bu çalışmada katılımcıların %70.1'inin gelir düzeyi orta olarak bulunmuştur (Çizelge 4.1).

Çekirdek aile “yalnızca eşlerden veya eşler ve çocuklarından veya yalnız ebeveyn ve en az bir çocuktan oluşan aileler” olarak tanımlanır (21). Türkiye İstatistik Kurumu-2016 ülkemizde çekirdek aile oranını %67.4 olarak bildirilmiştir. İnfertil bireyler arasında yapılan çalışmalarda infertil bireylerin daha çok çekirdek aile yapısına sahip oldukları görülmüştür (75, 76, 79, 86, 85). Oğuz (2004)'ün çalışmasında infertil kadınların %81.6'sının, Teskereci (2010)'nin çalışmasında %87.0'sinin, Algül (2013)'ün çalışmasında %73.1'inin, Keskin ve Babacan (2014)'in çalışmasında %81.6'sının, Şen ve ark. (2014)'nin çalışmasında %73.9'unun, Durmazoğlu (2015)'unun çalışmasında % 92.5'inin çekirdek aile yapısında oldukları bildirilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların % 78.9'unun çekirdek aile yapısında oldukları bulunmuştur (Çizelge 4.1).

5.2. İnfertil Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

İnfertil kadınlarda üreme sağlığına yönelik herhangi bir problemin varlığı infertilite nedeni olabileceğinden tanılama sırasında kadınlar detaylı sorgulanmalıdır (87,85). Uğur (2014) tarafından yapılan çalışmada infertil kadınların %27.8'inin, Durmazoğlu (2015)'ünün çalışmasında infertil kadınların %16.0'sının kadın sağlığı sorunu yaşadıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada infertil kadınların %23.4'ünün kadın sağlığı sorunu yaşadıkları bulunmuştur (Çizelge 4.2).

İnfertil kadınların daha önce herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanıp kullanmadıklarını inceleyen Kara (2011)'nin çalışmasında infertil kadınların %37.0'sinin daha önce herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullandıkları ve kullandıkları doğum kontrol yöntemlerinden oral kontraseptiflerin ilk sırada yer aldığı, Uğur (2014)'ün çalışmasında infertil kadınların %62.2'sinin daha önce herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullandığı ve kullandıkları doğum kontrol yöntemlerinden oral kontraseptiflerin ilk sırada, geri çekme yönteminin ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (84,87). Bu çalışmada infertil kadınların %23.4'ünün daha önce herhangi bir doğum

kontrol yöntemi kullandığı ve kullandıkları doğum kontrol yöntemleri arasında ilk sırada oral kontraseptif, ikinci sırada geri çekme yönteminin yer aldığı bulunmuştur (Çizelge 4.2).

İnfertil kadınların obstetrik özelliklerinin araştırıldığı çalışmalarda kadınların daha önce en az bir kez gebelik geçirip geçirmediği sorgulanmıştır (33,84,88,87). Kara (2011)'ın çalışmasında kadınların %22.9'unun, Yurdagül ve Oltuluoğlu (2011)'un çalışmasında %44.5'inin, Haliloğlu ve ark. (2013)'nın yapmış olduğu çalışmada % 24.3'ünün, Uğur (2014)'un çalışmasında % 37.8'sinin, daha önce en az bir kez gebelik geçirdiği bildirilmiştir. Bu çalışmada kadınların %34.8'inin gebelik geçirdiği bulunmuştur. Gebelik geçiren kadınların canlı doğum yapıp yapmadıklarına bakıldığında; Uğur (2014) çalışmasında en az bir kez gebelik geçiren kadınların %17.8'inin canlı doğum yaptıklarını bildirmiştir. Bu çalışmada kadınların %24.6'sının en az bir kez gebelik geçirdikleri bulunmuştur (Çizelge 4.2).

İnfertilite nedenleri ile ilgili yapılan literatür incelemelerinde infertilite nedeni olarak ilk sırada kadın faktör, ikinci sırada erkek faktör yer almaktadır. Ancak bazı çalışmalarda literatürlerin aksine infertilite nedeni olarak ilk sırada kadın faktör değil açıklanamayan infertilite yer aldığı bildirilmiştir (40,72,75). İnfertilite nedeni olarak Volgsten (2008) 'inin yaptığı çalışmada katılımcıların %35.4'ünde, Yılmaz (2012)'ın yaptığı çalışmada %35.9'unda, Algül (2013) 'ün yaptığı çalışmada % 38.5'inde ilk sırada açıklanamayan infertilite nedeninin yer aldığı bildirilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %37.6'sında ilk sırada açıklanamayan infertilite nedeninin ilk sırada yer aldığı bulunmuştur (Çizelge 4.2). İnfertil bireyler arasında yapılan çalışmalarda infertilite nedenleri topluma ve bireylerin özelliklerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Çalışmamızda açıklanamayan infertilitenin yüksek bulunmasının sebebi, bireylerdeki bazı biyolojik nedenlerin tam olarak açıklanamamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

İnfertilite süresi, infertiliteyi etkileyen, kadınlarda umutsuzluğa yol açan faktörler arasında yer almaktadır (69). Kee ve ark. (2000)'nın yaptığı çalışmada infertilite süresi 5.53 (1-16) yıl, Tüzer ve ark. (2010)'nın çalışmasında 3.29 ± 3.21 yıl, Güleç ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada infertilite süresini ortalama 7 yıl, Haliloğlu ve ark. (2013)'nın yaptıkları çalışmada bu süre ortalama $7,64 \pm 6,33$ yıl, Algül (2013)'ün

çalışmasında bu süre ortalama 4.69 ± 5.41 yıl olarak bildirilmiştir (33, 71, 74, 33, 75). Bu çalışmada infertilite süresi ortalama 4.49 ± 3.861 yıl olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

İnfertil kadınların infertilite tedavisi alma sürelerine ilişkin yapılan çalışmalarda kadınların tedavi sürelerinin ortalama iki ile üç yıl arasında olduğu belirtilmiştir (40,86). Bu çalışmada kadınların infertilite tedavisi alma süreleri ortalama 2.24 ± 1.126 yıl olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

İnfertilite nedenleri arasında cinsel ilişki sıklığının az olması yer almaktadır. (20,84,85,89). İnfertil kadınlarda cinsel ilişki sayısının sorgulandığı Orhan (2010) çalışmasında katılımcıların cinsel ilişki sayısının haftada 2.34 ± 1.02 , Kara (2011) çalışmasında ayda 8.3 ± 3.5 , Bodur ve ark. (2013) çalışmasında haftada 2.34 ± 1.02 , Durmazoğlu (2015) çalışmasında haftada 2-3 kez olarak bildirmiştir. Bu çalışmada cinsel ilişki sayısı yapılan diğer çalışmalara benzer bir şekilde ortalama haftada 2.73 ± 1.590 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.2).

Tıbbi tedavi olanakları ne kadar gelişirse gelişsin ülkemizde birçok kadın halen geleneksel yöntemlere başvurmaktadır. Kara (2011)'nin yaptığı çalışmada kadınların %9.9'unun geleneksel yöntem kullandıkları bildirilmiştir (84). Bu çalışmada kadınların %5.4'ünün geleneksel yöntem kullandıkları bulunmuştur (Çizelge 4.2). Geleneksel uygulamalara başvurma oranı kırsal bölgelerde, gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük olan kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bu çalışmada geleneksel tedavi yöntemleri kullanım oranının düşük olmasının nedeni şehirde yaşayanların oranlarının daha fazla olması, gelir düzeyinin orta ve eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

5.3. ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II ile Bazı Değişkenlerin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II ile bazı değişkenlerin aralarındaki ilişkilere yönelik bulgular tartışılmıştır.

5.3.1. ÇBASDÖ ile Bazı Değişkenlerin Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Sosyal destek, infertilitenin yol açtığı psikososyal sorunların azaltılmasında son derece önemlidir. İnfertil bireylerde aileden algılanan sosyal desteğin evlilik uyumu

üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır (76). Yapılan çalışmalarda sosyal desteği olmayan infertil kadınlarda depresyon ve kaygı belirtilerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (37).

Yurdagül ve Oltuluoğlu (2011)'nin yaptığı çalışmada ÇBASDÖ puan ortalaması 61.98 ± 16.05 , Yu ve ark.(2014) 'nın yaptığı çalışmada ise 63.46 ± 11.61 olarak bildirilmiştir (88,90). Bu çalışmada ÇBASDÖ ortalaması 54.23 ± 20.99 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.6).

Agostini ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin ÇBASDÖ aile alt boyutunda aldıkları puan ortalaması 4.74 ± 1.15 , kadınların aile alt boyutunda aldıkları puan ortalaması 4.81 ± 1.19 , erkeklerin arkadaş alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4.01 ± 1.18 , kadınların arkadaş alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4.46 ± 1.05 , erkeklerin özel kişi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4.19 ± 1.32 , kadınların özel kişi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4.92 ± 1.09 olarak bildirilmiştir. Martins ve ark (2011)'nin çalışmasında kadınların ÇBASDÖ aile alt boyutunda aldıkları puan ortalaması 4.91 ± 1.24 , kadınların arkadaş alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4.58 ± 1.40 , kadınların özel kişi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 5.46 ± 0.92 olarak bildirilmiştir. Bodur ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada erkeklerin ÇBASDÖ aile alt boyutunda aldıkları puan ortalaması 24.22 ± 4.27 , kadınların aile alt boyutunda aldıkları puan ortalaması 24.25 ± 5.07 , erkeklerin arkadaş alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 19.25 ± 6.29 , kadınların arkadaş alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 20.61 ± 6.90 , erkeklerin özel kişi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 15.95 ± 7.52 , kadınların özel kişi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 17.54 ± 8.17 olarak bildirilmiştir (20,91,92). Bu çalışmada erkeklerin ÇBASDÖ aile alt boyutunda aldıkları puan ortalaması 20.1 ± 8.01 , kadınların aile alt boyutunda aldıkları puan ortalaması 21.2 ± 7.8 , erkeklerin arkadaş alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 17.6 ± 7.7 , kadınların arkadaş alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 16.0 ± 8.6 , erkeklerin özel kişi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 16.45 ± 8.3 , kadınların özel kişi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 16.8 ± 8.2 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.6). Agostini ve ark. (2011) çalışmasında erkeklerin kadınlardan daha az sosyal desteğe sahip oldukları, kadınlarda ÇBASDÖ'nin özel kişi alt boyutundan alınan puanın en yüksek puan olduğunu bildirmiştir ($p < 0.05$). Bu çalışmada kadın ve erkeklerde ÇBASDÖ'nin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak bu çalışmada katılımcıların ÇBASDÖ'nin alt boyutlarından aldıkları

puan ortalamaları Bodur ve ark.(2013)'nın çalışmasındaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir

Bodur ve ark.(2013) tarafından infertil çiftlerde evlilik uyumunun incelendiği çalışmada ÇBASDÖ aile alt boyutunda kadın ve erkekler arasında anlamlı fark ($p<0.05$) olduğu belirtilirken bu çalışmada kadın ve erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek uyum bulunmuştur (Çizelge 4.5) ($p>0.05$).

Bodur ve ark. (2013) çalışmasında kadın ve erkeklerin sosyal destek algısının gelir düzeyinden etkilenmediği belirtmiştir. Ancak bu çalışmada gelir düzeyi düşük olanlar ile orta ve yüksek olanlar arasında algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Geliri düşük olanların ölçek puanı, orta ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Çizelge 4.3) (20).

5.3.2. EUÖ ile Bazı Değişkenlerin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

İnfertilitenin çiftleri yakınlaştırdığı, çiftlerin birbirlerine olan desteklerini artırdığı ve evliliğin gelişimine katkıda bulunduğunu bildirilen çalışmalar bulunmaktadır. İnfertil ve fertil çiftlerin evlilik uyumlarının karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda, infertil çiftlerle fertil çiftler arasında evlilik uyumu açısından bir fark olmadığı belirtilmiştir (51,47,76,)

Berg ve ark. (1991)'nın çalışmasında kullandıkları Çift Uyum Ölçeği'nin (ÇUÖ) 100 puan ve üzerinde olması evlilik uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Berg ve ark. (1991)'nın çalışmasında ÇUÖ puanı kadınlarda 113, erkeklerde 110, Peterson (2003)'nın çalışmasında ÇUÖ puanını kadınlarda 117.9 ± 12.25 , erkeklerde 118 ± 11.9 , Bodur ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada kadınlarda ÇUÖ puanını 114.25 ± 16.97 olarak yüksek bulduklarını bildirmiştir (20,93,94). Bu çalışmada EUÖ puanı 43 ve üzerinde ise uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların EUÖ kadınlarda 48.0 (6.0-60.0) ,erkeklerde 48.0 (23.0-60.0) puan olarak çiftlerin evliliklerinin uyumlu olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.3).

Şen ve ark. (2014) tarafından infertil kadınlarda eşler arası uyumun incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, ÇUÖ puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Peterson ve ark.(2003)'nın yaptığı çalışmada da ÇUÖ puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir (94). Bu çalışmada da evlilik uyum ölçeğinin puanı uyumlu bulunarak benzer sonuçlar elde edilmiştir (Çizelge 4.6)

Berg ve ark. (1991)'nın yaptığı çalışmada evlilik uyumu ile cinsiyet değişkenine göre erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bildirilmemiştir (93) ($p>0.05$). Bu çalışmada da erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çizelge 4.3) ($p>0.05$).

Bodur ve ark.(2013)'nın çalışmasında evlilik uyumunun incelenmesi amacıyla kullanılan ÇUÖ gelir düzeyi ile yapılan karşılaştırmasında hem kadın hem de erkeklerde gelir düzeyi arttıkça evlilik uyumunun arttığı belirtilmiştir (20). Bu çalışmada gelir düzeyi ile evlilik uyumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da gelir durumu düşük olanların evlilik uyumu, geliri durumu orta olanlardan daha düşük düzeyde bulunmuştur (Çizelge 4.3).

Bodur ve ark.(2013) tarafından evlilik uyumunu infertilite nedenlerine göre karşılaştırdığı çalışmada, sorunun her iki eşten kaynaklandığı durumlarda ÇUÖ puan ortalamalarının en yüksek olduğunu bildirmiştir (20). Bu çalışmada aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da benzer bir şekilde evlilik uyumu infertilite nedenlerine göre karşılaştırıldığında sorunun her iki eşten kaynaklandığı durumlarda evlilik uyumunun en yüksek puan olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.4).

5.3.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II ile Bazı Değişkenlerin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

İnfertil kadınlarla yapılan çalışmalarda infertilitenin anksiyeteye neden olduğu belirtilmiştir (95).

Kee ve ark. (2000)'nın yaptığı çalışmada durumluk kaygı puanı 47.32 ± 6.72 , sürekli kaygı puanı 49.35 ± 6.72 olarak katılımcıların orta düzeyde kaygılı oldukları bildirilmiştir (71). Bu çalışmada durumluk kaygı puanı 38.62 ± 11.64 , sürekli kaygı puanı 44.96 ± 8.44 olarak katılımcılar orta düzeyde kaygılı bulunmuştur (Çizelge 4.6)

Taşkın ve ark. (2016)'nın infertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörlerin incelenmesine yönelik yapılan çalışmalarında kadınların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 38.49 ± 9.39 , 44.25 ± 8.96 olarak bildirilmiştir (96). Bu

çalışmada kadınların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 37.0 (20.0-71.0), 44.96 ± 8.44 olarak benzer sonuçlar elde edilmiştir (Çizelge 4.6).

Bodur ve ark.(2013)'nın katılımcıların cinsiyet değişkenine göre kaygı durumlarının karşılaştırdığı çalışmada kadınların erkeklere göre infertilite ile ilişkili daha fazla stres yaşadıkları bildirilmiştir. Tüzer ve ark. (2010)'nın yaptığı çalışmada sürekli kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasa da kadınların sürekli kaygı ölçeği puanı, erkeklerin sürekli kaygı ölçeği puanından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20,82). Bu çalışmada da kadınların sürekli kaygı ölçeği puanı, erkeklerin sürekli kaygı ölçeği puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.3) ($p < 0.05$).

Taşkın ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada ev hanımlarının sürekli kaygı puanının çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu, gelir düzeyi ve gebe kalma durumu ile kaygı ölçekleri arasında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (96). Bu çalışmada da benzer bir şekilde ev hanımlarının sürekli kaygı puanının, çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu, gelir düzeyi ve gebe kalma durumu ile kaygı ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.3) ($p > 0.05$).

Bazı çalışmalarda infertilite nedenine göre anksiyete düzeylerinin değişmediği belirtilmiştir (97). Bu çalışmada infertilite nedenleri ile kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.4) ($p > 0.05$).

Taşkın ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada kadınların daha önce gebelik ya da doğum geçirmiş olmasının kaygı puanları üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (96). Bu çalışmada da gebe kalma durumu, gebelik sayısı ve gebeliğin sonuçlanma şeklinin kaygı puanları üzerine etkili olmadığı bulunmuştur (Çizelge 4.4).

Ailelerin ekonomik durumları, yaşam kalitesi ve evlilik uyumlarını etkileyen bir faktördür. Yapılan bazı çalışmalar düşük gelir düzeyli kadınların infertiliteden psikolojik olarak daha fazla etkilendiklerini göstermektedir (69,84). Bu çalışmada gelir durumu düşük olanların, orta ve yüksek olanlara göre durumluk ve sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.3) ($p < 0.05$).

Kee ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada infertilite süresi üç yılın altında olanların kaygı puanlarının daha yüksek olduğu, infertilite süresi arttıkça kaygı puanlarında azalma olduğu belirtilmiştir (71). Bu çalışmada da infertilite yılı

değişkenine göre durumluk kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Çizelge 4.4) ($p<0.05$).

5.4. ÇBASDÖ, EUÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği STAI I-II'nin Aralarındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Bodur ve ark. (2013)'nın çalışmasında infertil çiftlerde evlilik uyumu arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinin azaldığı, aileden algılanan sosyal desteğin evlilik uyumu üzerine olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir (20). Bu çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu ile evlilik uyum ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Çizelge 4.6) ($p<0.05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının arttığı; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının azaldığı bulunmuştur (Çizelge 4.6) ($p<0.05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının arttığı; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının azaldığı bulunmuştur (Çizelge 4.6) ($p<0.05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının arttığı; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının azaldığı bulunmuştur (Çizelge 4.6) ($p<0.05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanının arttığı; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanının azaldığı bulunmuştur (Çizelge 4.6) ($p<0.05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanının arttığı; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanının azaldığı bulunmuştur (Çizelge 4.6) ($p<0.05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanının arttığı; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği özel kişi alt boyutu puanının azaldığı bulunmuştur (Çizelge 4.6) ($p<0.05$).

Durumluk kaygı ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Durumluk kaygı ölçeği puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanının azaldığı; durumluk kaygı ölçeği puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puanının arttığı bulunmuştur (Çizelge 4.6).

Sürekli kaygı ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli kaygı ölçeği puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının azaldığı; sürekli kaygı ölçeği puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanının arttığı bulunmuştur (Çizelge 4.6).

Sürekli kaygı ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli kaygı ölçeği puanı arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanının azaldığı; kaygı ölçeği puanı azaldıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu puanının arttığı bulunmuştur (Çizelge 4.6).

Sürekli kaygı ölçeği ile evlilik uyum ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli kaygı ölçeği puanı arttıkça, evlilik uyum ölçeği puanının azaldığı; sürekli kaygı ölçeği puanı azaldıkça, evlilik uyum ölçeği puanının arttığı bulunmuştur (Çizelge 4.6).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

İnfertilite kliniklerine başvuran bireylerin kaygılarının, sosyal destek algısı ve evlilik uyumu açısından incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada H_1 hipotezi doğrulanarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya katılan infertil bireylerin %70.5'i kadın; %29.5'i erkek, %57.5'sinin çift olduğu, kadınların yaş ortalamasının 32.16 ± 6.98 , erkeklerin 33.56 ± 6.79 , evlilik sürelerinin ortalama 5.93 ± 4.937 yıl, infertilite sürelerinin 4.49 ± 3.86 yıl, infertilite tedavisi alma sürelerinin 2.24 ± 1.126 yıl, cinsel ilişki sayılarının haftada 2.73 ± 1.590 olduğu bulunmuştur.
- Kadınların %30.3'ünün, erkeklerinin %31.1'inin üniversite mezunu, %75.1'inin şehirde yaşadığı, kadınların %25.0'inin çalıştığı, %48.9'unun BKİ puanının normal aralıkta olduğu, katılımcıların %70.1'inin gelirinin orta düzeyde, %78.9'unun çekirdek aile yapısında olduğu bulunmuştur.
- Kadınların %23.4'ünün kadın sağlığı sorunu yaşadığı, %23.4'ünün daha önce herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullandığı ve kullandıkları doğum kontrol yöntemleri arasında ilk sırada oral kontraseptif, ikinci sırada ise geri çekme yönteminin olduğu, %34.8'inin bir gebelik yaşadığı, %5.4'ünün geleneksel yöntem kullandığı bulunmuştur.
- Kadınların, erkeklere göre daha yüksek kaygıya sahip oldukları ($p < 0.05$), eğitim düzeyi arttıkça infertil bireylerin kaygı düzeyinin azaldığı ve sosyal destek algısının arttığı ($p < 0.05$), çalışmayan bireylerin, çalışan bireylere göre sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu ($p < 0.05$), sosyal güvencesi olmayan bireylerin, sosyal güvencesi olan bireylere göre durumluk kaygılarının daha yüksek olduğu ($p < 0.05$), gelir düzeyi düşük olanların, orta ve yüksek olanlara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p = 0.030$), kronik hastalığı olan kişilerin, kronik hastalığı olmayan kişilere göre durumluk kaygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).
- Çalışan bireylerin, çalışmayan bireylere göre sosyal destek algıladıklarının daha yüksek olduğu ($p < 0.05$), çalışmayanların arkadaşan algıladıkları sosyal

desteklerin, çalışanlara göre daha düşük olduğu ($p<0.05$), geliri düşük olanların sosyal destek algılarının, orta ve yüksek olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

- Durumluk kaygı düzeyi azaldıkça, sürekli kaygı düzeyinin azaldığı, aileden algılanan sosyal desteğin arttığı ($p<0.05$), sürekli kaygı düzeyi arttıkça, genel olarak algılanan sosyal desteğin ve aileden algılanan sosyal desteğin azaldığı, sürekli kaygı düzeyi azaldıkça evlilik uyumunun arttığı ($p<0.05$), aileden algılanan sosyal destek arttıkça, evlilik uyumunun arttığı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Genel olarak algılanan sosyal destek ölçeği ile ölçeğin alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).
- Sonuç olarak infertil bireylerin kaygılarının azalmasının, algıladıkları sosyal desteği ve evlilik uyumunu arttırdığı bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2.Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- İnfertil bireylerin aile yapısı ve sosyal çevresi infertilite deneyimi yaşanırken ortaya çıkan problemlerin aşılmasında çok etkilidir. Sosyal destek, infertilitenin yol açtığı depresyon, kaygı ve psikososyal sorunların azaltılmasında ve evlilik uyumunun artmasında önemli rol oynadığından infertil bireylerin sosyal destekleri güçlendirilmelidir.
- Sağlık çalışanları infertil bireylere yaklaşırken sadece tanı ve tedavi uygulamalarına odaklanmamalı, infertilitenin psikososyal yönünü de kabul etmeli ve infertil çiftlerin yaşam kalitesini arttırmaya çalışmalıdır.
- Ülkemizde infertilite tedavisi alan çiftlere, medikal tedavinin yanında psikolojik destek verilmesi henüz yaygın değildir. İnfertilite, çiftlerde stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olabileceğinden, infertilite kliniklerinde üreme sağlığı ve psikiyatri uzmanlarının birlikte hizmet vermesi çiftlerin infertilite kaynaklı sorunlarla baş edebilmesini kolaylaştırabilir.
- İnfertilite çiftlerde çok sayıda problemlere neden olmaktadır. Bu nedenle infertiliteye yönelik tanı ve tedavi süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak ve yardımcı üreme tekniklerinin yarattığı sorunları bilerek ebelik yaklaşımı sunmak

çok önemlidir. Çiftlere en iyi biçimde danışmanlık yapabilmek, yeterli bilgi aktarabilmek, etik kurallarla ilgili sorularını yanıtlayabilmek için ebeler okumalı ve araştırmalıdır.

- İnfertil çiftlere çocuksuz olmanın psikososyal, psikoseksüel ve kültürel etkileri göz ardı edilmeden eğitim verilmelidir.
- Ülkemizde yaygın olan geleneksel uygulamaların kadına verebileceği zararlardan dolayı konuyla ilgili kadına yönelik eğitimler verilmelidir.
- İyi bir ebelik danışmanlığı sonucunda, çiftlere, kendileri ile ilgili özel ihtiyaçlarını belirleyebilmeleri, buna yönelik uygun kararlar alabilmeleri sağlanabilir.
- Ebe tarafından infertil çiftlerin yaşadıkları psikososyal problemlerin bilinmesi, onların infertiliteye ve tedaviye uyumunu kolaylaştırabilir ve olumsuz tepkilerini azaltabilir. Sonuç olarak infertil bireylerin kaygı düzeyleri ile kaygının sebep olabileceği fiziksel ve psikolojik sorunların, verilecek ebelik danışmanlığı ile azaltılabileceği öngörülmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Keskin G, Babacan Gümüş A.** İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2014**; 5(1):9-16.
2. **Sayar S.** Destanlardan günümüze çocuksuzluğun dini, toplumsal ve bireysel boyutları. *Studies Of The Ottoman Domain*, **2015**; 5(9).
3. **Spector AR.** Psychological issues and interventions with infertile patients. *Women & Therapy*, **2004**; 27(3-4):91-105.
4. **Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N.** İnfertilite ve kültür. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2011**; 19.2:109-115.
5. **Kılıç S.** Çocuk sahibi olmak için dinsel-sihirsel bir uygulama: İrk Atma Ocağı (Takmak Köyü-Elif İskeçe Örneği). *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Velî Araştırma Dergisi*, **2012**; 63:297-309.
6. **Lykeridou K, Gourounti K, Deltsidou A, Loutradis D, Vaslamatzis G.** The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **2009**; 27(3): 223-237.
7. **Karaca A, Ünsal G.** İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, **2012**; 3(2):80-85.
8. **Koçyiğit O T.** İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, **2012**; 1:27-38.
9. **Souter VL, Hopton JL, Penney GC, Templeton AA.** Survey of psychological health in women with infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **2002**; 23(1):41-49.
10. **Volker T, Deidra TR.** Evaluating psychosocial factors and psychological reactions to infertility treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, **2002**; 1(2):33-49.
11. **Dooley M, Dineen T, Sarma K, Nolan A.** The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner, *Human Fertility*, **2014**; 17(3):203-209.
12. **Bodur NE, Coşar B, Erdem Mİ.** İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2013**; 38(1):51-62.
13. **Glover L, McLellan A, Weaver SM.** What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **2009**; 27(4): 401-418.
14. **Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü.** İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 11:4.
15. **Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R.** Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynaecol Obstet*, **2015**;130:253-6.
16. **Haimov-Kochman R , Sciaky-Tamir Y , Hurwitz A .**Reproduction concepts and practices in ancient Egypt mirrored by modern Medicine. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* [01 Nov **2005**, 123(1):3-8.
17. **Morice P, Josset P, Dubuisson JB.** **History of sterility in ancient times.** I. Sterility in Egypt. Diagnostic recipes for sterility and pregnancy in ancient Egypt. *Contraception, fertility, sexualite*, **1995**; 23:423-7.

18. **Ataman H, Arslan H.** Doğal gebelikler ile infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri. *Aile ve Toplum*, **2010**; 6(23):75-86.
19. **Sezgin H, Hocaoglu Ç.** İnfertilitenin psikiyatrik yönü psikiyatride güncel yaklaşımlar, **2014**; 6(2):165-184.
20. **Gülseren L, Çetinay P, Tokathoğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S.** Türk İnfertil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeyi. *J Reprod Med*, **2006**;51:421-6.
21. **Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016.**Erişim:www.tuik.gov.tr.Erişim tarihi:01.06.2017.
22. **Balasch J.** Ageing and infertility: an overview .*Gynecological Endocrinology*, December **2010**; 26(12): 855–860.
23. **Guedesa M, Canavarro MC.** Psychosocial.adjustment of couples to first-time parenthood at advanced maternal age: an exploratory longitudinal study, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **2014**; 32(5):425-440.
24. **Yumru EA, Öndeş B.** İnfertil çiftte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon’a doğru hasta seçimi. *Journal of Academic Research in Medicine*, **2011**; 1:57-60.
25. **Kırca N, Pasinlioğlu T.** İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar.psikiyatride güncel yaklaşımlar-current approaches in psychiatry. **2013**; 5(2):162-178.
26. **Yalçın H, Koçak N.** Gebelikle ilgili geleneksel inanç ve uygulamalar ve Karaman Örneği. *Kent Kültürü ve Yönetimi (Hakemli Elektronik Dergi)*, **2013**; (1)6:18-34.
27. **Kılıç S.** Çocuk sahibi olmak için dinsel-sihirsel bir uygulama: İrk Atma Ocağı (Takmak Köyü-Elif İskeçe Örneği). *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi*, **2012**; 63:297-309.
28. **Başçetinçelik A.** Adana halk kültüründe kırk basması-nazar-kırklama. Adana: Altın Koza Yayınları, **2009**:11-59.
29. **Çakırer N, Çalışkan ZI.** Nevşehir ili ağıllı köyünde gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2010**; 9.4:343-348.
30. **Erbil N, Sağlam G.** Gebelikte bebeğin cinsiyetini belirleme ve tahmin etmeye ilişkin geleneksel inanç, uygulamalar ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **2010**; 7:1-8.
31. **Seviğ Ü,Tanrıverdi G.** *Kültürlerarası hemşirelik*.1.Baskı, İstanbul:İstanbul Tıp Kitabevi, **2012**:407-409.
32. **Türk Dil Kurumu.** Erişim:www.tuik.gov.tr. Erişim tarihi:01.06.2017.
33. **Haliloğlu S, Sağlam AZ , Toprak D, Çetin A.** İnfertilite polikliniğine başvuran kadın hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, **2013**: 15-20.
34. **Monga M, Alexandrescu B, Katz ES, Ganiats T.** Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, **2004**; 63(1).
35. **Miles LM, Keitel M, Jackson M, Harris A, Licciardi F.** Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **2009**; 27(3):238–257.
36. **Taşkın L.** *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*.13.baskı, İstanbul: 2016:27.
37. **Şen E, Bulut S, Şirin A.** Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2014**; 22(1): 17-24.

38. **Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F.** Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2011**; 3(1):67-99.
39. **Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç.** Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri*, **2011**; 22(3):166-76.
40. **Yılmaz T, Oskay YÜ.** İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *HSP*, **2015**; 2(1):100-112.
41. **Kazandı M, Günday O, Mermer TK, Ertürk N, Özkınay E.** Türk infertil çiftlerde depresyon ve anksiyete durumu. . *Iran J Reprod Med*, **2011**;9:99-104.
42. **Yüksel M.** Mahremiyet hakkı ve sosyo-tarihsel gelişimi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **2003**; 58(1):182-212.
43. **Koştü N, Taşçı KD.** 15-49 Yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**; 12:1.
44. **Küçükdemir F, Taşkiran M ,Akbulut M , Gökçe A .** Erkek infertilitesi ve cinsel fonksiyon ilişkisi. *Erkek Üreme Sağlığı*, **2015**; 285-287.
45. **Wischmann TH.** Sexual disorders in infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine*, **2010**; 7:1868–1876.
46. **Taysi E.** Evlilikte bağışlama: evlilik uyumu ve yüklemelerin rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, **2010**; 25(65):40-52.
47. **Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J.** Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patent Education and Counseling*, **2005**; 59:244-251.
48. **Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R.** Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynaecol Obstet*, **2015**;130:253-6.
49. **Gouveia Jose, Galhardo A, Cunha M, Matos M.** Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients, *Human Fertility*, **2012**; 15(1): 27-34.
50. **Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs E.** Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, **2006**; 21:2443–2449.
51. **Drosdzol A, Skrzypulec V.** Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine*, **2009**; 6:3335-3346.
52. **Taylan S, Alan S, Kadioğlu S.** Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2012**; 2(3):66-73.
53. **Terzioğlu F.** İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri. Taşkın L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. 13.baskı, 2014:569.
54. **İnvitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi Merkezleri Yönetmeliği.** Erişim: www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi:12.05.2017
55. **Yıldırım M.** *Klinik İnfertilite*. 2. Baskı. Ankara; Eryılmaz Ofset, **2000**;31-9; 299-306.
56. **Vural B. Yücesoy İ, Erk A, Karabacak O.** Yardımla Üreme Teknikleri. Sendrom, **1999**;46-53.

57. **Bilgin G.** Kök hücre çalışmaları konusundaki etik ve teolojik tartışmalar üzerinde analitik bir değerlendirme. *Kelam Araştırmaları*, **2011**; 9(2):131-148.
58. **Çoban A.** İnsan hakları bağlamında embriyonun moral statüsü. *Toplum ve Bilim*, **2007**; 109:258-295.
59. **Çoban A.** Türkiye’de Ana Rahmindeki Embriyonun Hukuki Statüsü. 6. Ankara Biyoteknoloji Günleri: Biyoteknoloji, Biyogüvenlik ve Sosyo-Ekonomik Yaklaşımlar, Ankara, A.Ü. *Biyoteknoloji Enstitüsü Yayını*, **2007**; 85-110.
60. **Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik**, güncellenme tarihi: 20/10/2016.Erişim:www.saglik.gov.tr.Erişim Tarihi:12.05.2017
61. **Topçu E, Yalın YN.** Preimplantasyon genetik tanının öjeniye ve insanın araçsallaştırılmasına yol açıp açmayacağını tıp etiği açısından yamaç aşağı kayma argümanı ile değerlendirilmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **2015**; 2(3):187-201.
62. **Çoban A.** Türkiye’de insan embriyosu üzerinde araştırma yapmanın hukuki sorunları. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **2009**; 86:204-248.
63. **Yerdelen E.** Klonlamanın (kopyalama) ceza hukukundaki yeri. *AÜHFD*, **2014**; 63(3): 643-685.
64. **Özçelik T.** Embriyonik kök hücre araştırmalarının etik boyutu. *Bilim ve Ütopya*, **2007**;151:18-21.
65. **Biyoloji ve tıbbın uygulanması bakımından insan hakları ve insan haysiyetinin korunması sözleşmesi:** İnsan hakları ve biyotıp sözleşmesi 1997. Resmi Gazete, 20.4.2004; sayı 25439.
66. **Öner N, Le Compte A.** Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, **1983**.
67. **Eker D, Arkar H, Yıldız H.** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 12(1):17-25.
68. **Tutarel Kışlak Ş.** Evlilikte uyum ölçeğinin (euö) güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *3P Dergisi*, **1999**; 7(1):50-56.
69. **Kargın M, Ünal S.** İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. Yeni Sempozyum, **2011**; 49:54-60.
70. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA).** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. TÜBİTAK, Ankara, **2013**; 143-147. Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim tarihi: 16.05.2017 .
71. **Kee BS, Jung JB, Lee SH.** A study on psychological strain in IVF patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, **2000**; 17(8).
72. **Volgsten H, Svanberg SA, Ekselius L, Lundkvist Ö, Poromaa SI.** Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, **2008**; 23(9):2056-2063.
73. **Orhan E.** Erkek kaynaklı infertilite tanısı almış çiftlerde kaygı ve depresyon belirtileri, evlilik uyumu ve cinsel işlev bozuklukları. Doktora tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, **2010**.
74. **Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç.** Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri*, **2011**; 22(3):166-76.

75. **Algül Ö.** İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın **2013**.
76. **Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A.** Türk İnfertil Kadınlarda Psikiyatrik Semptomlar. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, **2003**;24:267-71.
77. **Yılmaz ÇF, Yardımcı H.** Beden kütle indeksinin infertilite üzerine etkisi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal* 2, **2015**; 1(1):1-6.
78. **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Erişim: <http://www.thsk.gov.tr/beslenme>. Erişim tarihi:15.05.2017.
79. **Teskereci G.** İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, **2010**.
80. **Karabulut A, Özkan S, Oğuz N.** Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, **2013**;170(1):193-197.
81. **Guedes M, Canavarro MC.** Psychosocial adjustment of couples to first-time parenthood at advanced maternal age: an exploratory longitudinal study, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **2014**; 32(5):425-440.
82. **Tüzer V, Tuncel A, Göka S, Bulut SD, Yüksel FV, Atan A, Göka E.** İnfertil çiftlerde evlilik uyumu ve duygusal belirtiler cinsler arası farklılıklar. *Turkish Journal of Medical Sciences*, **2010**; 40(2):229-237.
83. **Açık Ö.** Evlilik uyumu ve bağlanma stilleri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir, **2008**.
84. **Kara S.** Isparta İli'nde İnfertilite Üzerine Epidemiyolojik Değerlendirme. Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta, **2011**.
85. **Durmazoğlu G.** İnfertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, İzmir, **2015**.
86. **Oğuz HD.** İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2004**.
87. **Uğur AS.** İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, İstanbul, **2014**.
88. **Yurdagül Y, Oltuluoğlu H.** Social support and hopelessness in women undergoing infertility treatment in Eastern Turkey. *Public Health Nursing*, **2012**; 29(2):99-104.
89. **İlerisoy M.** Aile sistemleri kuramı çerçevesinde infertilite tedavisi gören ailelerde aile yaşam döngüsünün nitel yöntemlerle araştırılması. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı, İstanbul, **2012**.
90. **Yu Y, Peng L, Chen L, Long L, He W, Li M, Wang T.** Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, **2014**; 215:401-405.

91. **Agostini F, Monti F, De Pascalis L, Paterlini M, La Sala GB, Blickstein I.** Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment. *Fertility and Sterility*, February **2011**; 95(2).
92. **Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME.** Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, **2011**; 26(8):2113-2121.
93. **Berg BJ, Wilson JF.** Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, **1991**; 14(1).
94. **Peterson BD, Newton RC, Rosen KH.** Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, **2003**; 42(1).
95. **Ozan Durgun T.** Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, **2013**.
96. **Taşkın Mİ, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M.** İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *European Journal of Health Sciences*, **2016**; 2(3):79-84.
97. **Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sutçigil L, Özmenler KN.** Is there gender difference in infertile couples with no axisonepsychiatric disorder in context of emotional symptoms, social support and sexual function? *Türk Psikiyatri Dergisi*. **2007**;18:311-22.

EKLER

EK-1.Birey Tanıtım Formu

Sayın katılımcı, İnfertil çiftlerin kaygı düzeyi ve sosyal destek algısı ile evlilik uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma yapmaktayız. Lütfen isminizi yazmayınız. Verdiğiniz bilgiler bilimsel araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Sultan ALAN

Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Ayşe ŞENOĞLU

1. Yaşınız:.....Kilonuz:..... Boyunuz:.....
2. Cinsiyetiniz: 1.Kadın 2.Erkek
3. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2. Bekar
4. Kaç yıldır evlisiniz:.....
5. Yaşadığınız yer: 1.İl 2. İlçe3. Köy 4. Diğer:.....
6. Eğitim Durumunuz:
1. Okur-yazar değil2. Okur Yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite ve üzeri
7. Şu an çalışıyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır
8. Mesleğiniz:.....
9. Eşinizin Yaşı:.....
10. Eşinizin Eğitim Durumu:
1. Okur-yazar değil 2. Okur Yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite ve üzeri
11. Şu an eşiniz çalışıyor mu? 1.Evet 2. Hayır
12. Eşinizin Mesleği:.....
13. Sosyal Güvenceniz var mı? : 1.Var 2. Yok
14. Ailenizin Aylık Ortalama Geliriniz:.....(Rakamlarla ifade ediniz.)
15. Ailenizin Gelir düzeyi:
1. Kötü 2. Orta 3. İyi
16. Aile Tipiniz:1.Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3.Diğer:.....
17. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? 1.Evet 2. Hayır
18. Eğer cevabınız evet ise nedir?.....
19. Herhangi bir kadın sağlığı sorunuz var mı? 1.Evet 2. Hayır
20. Varsa nedir?.....

21. Evlendikten sonra çocuğunuzun olmaması için hiç önlem aldınız mı? 1.Evet

2. Hayır

Not: Eğer cevabınız Hayır ise Lütfen bir sonraki soruya geçiniz.

22. Korunmak için kullandığınız yöntemler nelerdir?

1. Doğum Kontrol Hapı 2. Rahim İçi Araç 3.Kondom 4. Vaginal köpük, krem, tablet

5. Geri çekme 6. Vaginal Yıkama 7. Takvim Metodu 8.Diğer.....

23. Hiç gebe kaldınız mı? 1.Evet 2. Hayır

24. Kaçınıcı gebeliğiniz?

25. Düşük/kürtaj sayınız?

26. Yaşayan çocuk sayınız?

27. Gebeliğiniz nasıl sonlandı?

1. İsteyerek Düşük 2. İstemeyerek Düşük 3. Ölü doğum 4. Canlı Doğum
5. Prematüre doğum 6. Dış gebelik 7. Canlı Doğum 8. Neonatal Ölüm
9. Diğer.....

28. İnfertilite nedeniniz nedir?

1.Erkek Faktör 2. Kadın Faktör 3. Hem Erkek Hem de Kadın Faktör
4.Açıklanamayan İnfertilite

29. Ne kadar süredir çocuğunuz olmasını istediğiniz halde olmuyor?.....(ay/yıl)

30. Haftada kaç kez cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?

31. Çocuğunuzun olması için tedavi oldunuz mu? 1.Evet 2.Hayır

Not: Eğer cevabınız hayır ise lütfen bir sonraki soruya geçiniz.

32. Çocuk sahibi olmak için ne kadar süredir tıbbi tedavi alıyorsunuz?

1. 1 yıldan az
2. 1-2 yıl
3. 3-5 yıl
4. 6 yıl ve daha fazla

33. Çocuk sahibi olmak için herhangi bir geleneksel yönteme başvurduğunuz mu?

1.Evet (Belirtiniz.....)

2.Hayır

34.Çocuk sahibi olamamla ilgili hissettiğiniz duygu ve düşünceleriniz lütfen belirtiniz.

.....

EK-2.Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I)

Aşağıda kişilerin duygularını ifade etmede kullandıkları bazı ifadeler yer almaktadır. Puanlamalar **1=Hiç**, **2= Biraz**, **3=Çok** ve **4=Tamamiyle** anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeyi okuduktan sonra size uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		1	2	3	4
1.	Şu anda sakinim				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum				
3.	Şu anda sinirlerim gergin				
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.	Şu anda huzur içindeyim				
6.	Şu anda hiç keyfim yok				
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9.	Şu anda kaygılıyım				
10.	Kendimi rahat hissediyorum				
11.	Kendime güvenim var				
12.	Şu anda asabım bozuk				
13.	Çok sinirliyim				
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.	Şu anda halimden memnunum				
17.	Şu anda endişeliyim				
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.	Şu anda sevinçliyim				
20.	Şu anda keyfim yerinde.				

EK-3.Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II)

Aşağıda kişilerin duygularını ifade etmede kullandıkları bazı ifadeler yer almaktadır. Puanlamalar **1= Hemen hiçbir zaman**, **2= Bazen**, **3=Çok zaman** ve **4=Hemen her zaman** anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeyi okuduktan sonra size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

		1	2	3	4
1.	Genellikle keyfim yerindedir				
2.	Genellikle çabuk yorulurum				
3.	Genellikle kolay ağlarım				
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
7.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
10.	Genellikle mutluyum				
11.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur				
13.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim				
14.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim				
16.	Genellikle hayatımdan memnunum				
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
18.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

EK-4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıdaki tabloda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, sevgili, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, sevgili, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, sevgili, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, sevgili, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-5.Evlilik Uyumu Ölçeği

1.Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız kutunun içine çarpı işareti(X) koyunuz. (Açıklama: Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikte mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucu evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucu ise evliliği çok mutlu olan küçük bir azınlığı temsil etmektedir.)

* * * * *

Çok Mutsuz

Mutlu

Çok Mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendirip, size uygun gelen ifadenin altına çarpı işareti (X) koyunuz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara-sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen Her zaman anlaşamayız	Hiç anlaşamayız
2.Aile bütçesini idare etme						
3.Boş zaman etkinlikleri						
4. Duyguların İfadesi						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel ilişkiler						
7. Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya uygun davranış)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Eşin akrabaları ile anlaşma						

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın yanına çarpı işareti(X) koyunuz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

- 1) Erkeğin susması ile 2) Kadının susması ile 3) Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- 1) Hepsinin 2) Bazılarının 3) Çok azını 4) Hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- 1) Dışarıda bir şeyler yapmayı 2) Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih eder?

- 1) Dışarıda bir şeyler yapmayı 2) Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- 1) Sık sık 2) Arada sırada 3) Çok seyrek 4) Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

- 1) Aynı kişiyle evlenirdiniz 2) Farklı bir kişiyle evlenirdiniz 3) Hiç evlenmezsiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- 1) Hemen hemen hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Çoğu konularda 4) Her konuda

EK-6.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Yazarından Alınan İzin

Sosyal destek ölçeği izin



Gelen Kutusu x



 **ayse senoglu** 12 Tem ☆
Sayın Hocam, Ben Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölü...

 **haluk arkar** 12 Tem ☆
Alıcı: bana ▾

Sayın Ayşe Şenoğlu,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki
kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör
yapısı, geçerlik ve güvenirliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12**, 17-25 (2001).

Kimden: "ayse senoglu" <aysenoglu@gmail.com>

Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 12 Temmuz Salı 2016 11:33:41

Konu: Sosyal destek ölçeği izin

EK-7.Evlilik Uyum Ölçeğinin Yazarından Alınan İzin

Evlilik Uyum Ölçeği İzin.  Gelen Kutusu x   

 **ayse senoglu** 23 Tem ☆
Sayın Hocam, Ben Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölü...

 **sennur tk** 26 Tem ☆  

Alıcı: bana ▾

Sayın Şenoğlu,
Çalışmanızda Evlilikte Uyum Ölçeği'ni kullanabilirsiniz.
Başarılar dilerim.
Şennur Kışlak

Prof.Dr.Şennur Tutarel Kışlak
Ankara Üniversitesi
DTCF Psikoloji Bölümü
Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Sıhhiye-Ankara
0312 310 32 80/1401

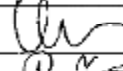
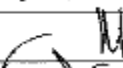
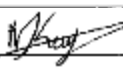
...

EK-8.Etik Kurul Onayı

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

Toplantı Sayısı	Tarih
57	7 Ekim 2016

KARAR NO 21- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde, Doç. Dr. Sultan Alan'ın sorumlu araştırmacı, Ebe Ayşe Şenoğlu'nun yardımcı araştırmacı olarak yürütülmesi öngörülen, "İnfertil Çiftlerin Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek Algısı ile Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

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

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

EK-9.Araştırmanın Yürütüldüğü Özel Hastanenin Resmi İzin Belgesi



14.11.2016

**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

SAYI :870/ 2016

'İnfertil Çiftlerin Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek Algısı ile Evlilik Uyumunu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi' Başlıklı tez Çalışmanızın Hastanemizde gerçekleştirilmesinde bir sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Mecit UNCU
Mesul Müdür

Mustafa Kemalpaşa Bulvarı No: 15 Tel: (0.322) 456 19 00 Fax: (0.322) 456 19 30 Seyhan / ADANA

EK-10.Araştırmanın Yürütüldüğü Üniversite Hastanesinin Resmi İzin Belgesi

İarın ve Sayı: 09/11/2016-E.42472



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 45868485-622.03/
Konu : TEZ ÇALIŞMASI

Sayın DR.SULTAN ALAN
Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi

İlgi : Bİla 07/11/2016 tarihli, Bİla sayılı ve "TEZ ÇALIŞMASI" konulu yazı,

"İnfertil Çiftlerin Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek Algısı İle Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İnfertilite Polikliniği'nde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Doç.Dr. Yamer Cevat İNAL
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Mevcut Elektronik İmzalar

RIZA DİNÇER YILDIZDAŞ (BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - Başhekim Yardımcısı) 09/11/2016 16:27

Evraku Doğrulamak İçin : https://tebtes.cu.edu.tr/Validasi_Doc.aspx?VWID=54168V
Adres:Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği 01130 Balcalı, Sırtçaya
Adana
Telefon:0 (322) 338 60 60 Faks:0 (322) 338 69 00
E-Posta:rcatun@cu.edu.tr Elektronik Ad:www.cu.edu.tr

Bilgi İçin: Telli- BOZDUMAN
Unvanı : Doç.Dr.
Kep Adresi: cukurowauniversitesi@tas21.kep.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Ayşe ŞENOĞLU 1973 yılında Adana’da doğdu. İlk ve orta eğitimini tamamladıktan sonra 1991 yılında Adana Sağlık Meslek Lisesinden mezun oldu. Anadolu Üniversitesi A.Ö.F. Halkla ilişkiler bölümünden 1995 yılında mezun oldu. Daha sonra 1998 yılında Anadolu Üniversitesi A.Ö.F Ebelik Bölümü ön lisans programını tamamladı. 2008 yılında Anadolu Üniversitesi A.Ö.F İşletme Fakültesini bitirdikten sonra 2011 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünden mezun oldu. 2015 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programında eğitime başladı.

1991-1992 yılları arasında Adana’da bir özel hastanede, 1992-1993 yılları Adana SSK Bölge Hastanesinde çalıştı. 1993 yılından itibaren halen Adana Kadın Doğum ve Çocuk hastalıkları hastanesinde çalışmaktadır. Hastanelerin doğumhane, ameliyathane, acil, eğitim, kalite ve yoğunbakım ünitelerinde çalıştı. Mesleki gelişimine yönelik çeşitli seminer, sempozyum, konferans ve kongrelere katıldı. Evli ve bir çocuğu bulunmaktadır.