

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**WATSON'IN BAKIM KURAMINA
TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK
GİRİŞİMLERİNİN İNFERTİL KADINLARIN,
İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME
DURUMLARINA, ÖZ-YETERLİK VE UYUM
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

İLKAY ARSLAN ÖZKAN

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR- 2012

TEZ KODU: DEÜ.HSL.PhD-2008970086

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**WATSON'IN BAKIM KURAMINA
TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK
GİRİŞİMLERİNİN İNFERTİL KADINLARIN,
İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME
DURUMLARINA, ÖZ-YETERLİK VE UYUM
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İLKAY ARSLAN ÖZKAN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ
İkinci Danışman: Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

TEZ KODU: DEÜ.HSL.PHD-2008970086

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi İlkay ARSLAN ÖZKAN, 'WATSON'IN BAKIM KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN İNFERTİL KADINLARIN, İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME DURUMLARINA, ÖZ-YETERLİK VE UYUM DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ' konulu Doktora tezini 19.06.2012 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ
BAŞKAN


Prof. Dr. Gülseren Kocaman
ÜYE


Doç. Dr. Samiye METE
ÜYE


Doç. Dr. Oya KAVLAK
ÜYE


Yard. Doç. Dr. Kerziban YENAL
ÜYE

YEDEK JÜRİ ÜYELERİ

Doç. Dr. Candan ÖZTÜRK
YEDEK ÜYE

Doç. Dr. Aygül AKYÜZ
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	vi
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Varsayımları.....	5
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2. GENEL	
BİLGİLER	6
2.1. İnfertilite ve İnfertilite Hemşireliği.....	6
2.1.1. İnfertilitenin Tanımı ve Görülme Sıklığı.....	6
2.1.2. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	7
2.1.2.1. Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	7
2.1.2.2. Erkeklerde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	7
2.1.3. İnfertilite Tedavileri ve Yardımcı Üreme Teknikleri.....	8
2.1.4. İnfertilitenin Psiko-sosyal Etkileri.....	12
2.1.5. İnfertilitede Psiko-sosyal Yaklaşımlar.....	13
2.1.6. İnfertilite Hemşireliği.....	15
2.1.6.1. İnfertilite Hemşiresinin Rollerini.....	16
2.1.6.2. İnfertilite Hemşirelerinin Görevleri.....	18
2.1.6.3. İnfertilite Hemşireliğinde Hemşirelik Yaklaşımlarının Özellikleri.....	19
2.2. Jean Watson ve İnsan Bakım Kuramı	19
2.2.1. İnsan Bakım Kuramı'nın Kaynaklandığı Düşünce Sistemi	21
2.2.2. İnsan Bakım Kuramı'nın Temel Varsayımları.....	23
2.2.3. İnsan Bakım Kuramı'nın Yapısını Oluşturan Kavramlar.....	23
2.2.4. İnsan Bakım Kuramı'nın Araştırma ve Uygulamaya Yansıması	34

2.3. Ölçek Geçerlik ve Güvenirliği	35
2.3.1. Geçerlik.....	35
2.3.1.1. İçerik/ Kapsam Geçerliği	35
2.3.1.2. Ölçüt Bağımlı Geçerlik.....	36
2.3.1.3. Yapı Geçerliği.....	37
2.3.1.4. İç Ölçüt Geçerliği / Alt-Üst Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
2.3.2. Güvenirlik.....	37
2.3.2.1. Zamana Göre Değişmezlik-Kararlılık.....	38
2.3.2.2. Ölçümcü Güvenirliği.....	38
2.3.2.3. İç Tutarlılık Yöntemleri	38

I. AŞAMA: İNFERTİLİTE ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU VE İNFERTİLİTE UYUM ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ ÇALIŞMASI (METODOLOJİK BÖLÜM)

3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Tipi	40
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	40
3.3. Araştırmanın Örneklemi	40
3.3.1. Örneklem Büyüklüğü	40
3.3.2. Örneklem Özellikleri	40
3.4. Veri Toplama Araçları.....	41
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	41
3.4.2. Infertility Self-Efficacy Scale (İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği)	41
3.4.3. Fertility Adjustment Scale (İnfertilite Uyum Ölçeği)	41
3.5. Araştırmanın Planı.....	42
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
3.6.1. Geçerlik Analizleri	43
3.6.2. Güvenirlik Analizleri	44
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	45

4. BULGULAR	46
4.1. Tanımlayıcı Bilgiler	46
4.2. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Geçerliği	48
4.2.1. Dil Geçerliği	48
4.2.2. Kapsam Geçerliği	49
4.2.3. İç Ölçüt Geçerliği	51
4.2.4. Yapı Geçerliği	51
4.3. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Güvenilirliği	52
4.3.1. Madde İstatistikleri	52
4.3.2. İç Tutarlık Analizi	55
5. TARTIŞMA	56
5.1. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Geçerlik Analizine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	56
5.2. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6.1. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeklerinin Güvenirlik ve Geçerliğine İlişkin Sonuçlar	61
6.2.Öneriler	61

**II. AŞAMA: WATSON'IN İNSAN BAKIM KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ
HEMŞİRELİK BAKIMININ, İNFERTİL KADINLARIN İNFERTİLİTEDEN
ETKİLENME DURUMUNA, İNFERTİLİTE ÖZ-YETERLİLİK VE UYUM
DÜZEYLERİNE ETKİSİ (DENEYSEL BÖLÜM)**

7. GEREÇ VE YÖNTEM	62
7.1. Araştırmanın Tipi	62
7.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	62
7.3. Araştırmanın Örneklemi	62

7.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.....	62
7.3.2. Örneklem Özellikleri.....	63
7.3.3. Güç ve Etki Büyüklüğü.....	63
7.3.4. Randomizasyon.....	64
7.3.5. Körleme.....	65
7.3.6. CONSORT Şeması.....	66
7. 4. Hemşirelik Girişim Programının Hazırlanma Süreci ve Uygulanması.....	68
7.4.1. Watson’ın İnsan Bakım Kuramına Dayalı Yarı Yapılandırılmış Hemşirelik Bakım Programı Yapılanma Süreci.....	68
7.4.2. Girişim Grubuna Yapılan Girişimler.....	71
7.4.3. Kontrol Grubuna Yapılan Girişimler.....	75
7.4.4. Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı.....	76
7. 5. Araştırmanın Değişkenleri.....	77
7. 6. Veri Toplama Araçları.....	77
7.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	77
7.6.2. İnfertilite Etkilenme Ölçeği.....	77
7.6.3. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu.....	77
7.6.4. İnfertilite Uyum Ölçeği.....	78
7. 7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	81
7. 8. Araştırmanın Sınırlılıkları	83
7.9. Etik Kurul Onayı.....	83
7.10. Araştırma Etiği.....	83
8. BULGULAR.....	84
8.1. İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına İlişkin Bulgular.....	85
8.2. İnfertil Kadınların İnfertilite Öz-Yeterlik Algılarına İlişkin Bulgular.....	87
8.3. İnfertil Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	90
9. TARTIŞMA.....	93
İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, İnfertilite Öz-Yeterlik Algılarına ve İnfertilite Uyum Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	93
9.1. Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları.....	93

9.2. Kadınların İnfertilite Öz-Yeterlilik Algısı	96
9.3. Kadınların İnfertilite Uyum Düzeyleri.....	97
10. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	102
10.1. Sonuçlar.....	102
10.2. Öneriler.....	103
11. KAYNAKLAR.....	104
12. EKLER	
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	
EK 2. İnfertilite Etkilenme Ölçeği	
EK 3. İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği	
EK 4. İnfertilite Uyum Ölçeği	
EK 5. İnfertilite Etkilenme Ölçeği, İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği KF ve İnfertilite Uyum Ölçeklerinin Madde İstatistikleri	
EK 6. Jean Watson'ın Hemşirelik Bakım Programına Yönelik Uzman Görüşü Onayı	
EK 7. Hemşirelik Bakım Programı Rehberi	
EK 8. Kişilerarası Öğretme-Öğrenme: Gevşeme Egzersizleri Eğitim Planı	
EK 9. Gevşeme Egzersizleri Kitapçığı	
EK 10. Kartvizit Örneği	
EK 11. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurul Onayı	
EK 12. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı	
EK 13. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yazılı İzini	
EK 14. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 15. Özgeçmiş	
EK 16. Tezden Yapılan Yayınlar	

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1. Tedavi Edici İyileştirme Süreçleri ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	27
Tablo 2. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	43
Tablo 3. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Form'unun Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 5. İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 6. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu Maddelerinin Faktör Yükleri.....	52
Tablo 7. İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu'nun Madde Analizleri.....	53
Tablo 8. İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Madde Analizleri.....	54
Tablo 9. İnfertilite Öz-Yeterlik Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin İç Tutarlık Analizleri.....	55
Tablo 10. İnfertilite Etkilenme Ölçeği, İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği-KF ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Puan Ortalamalarına Göre Hesaplanan Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü Sonuçları.....	64
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	67
Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertiliteye İlişkin Özellikleri.....	68
Tablo 13. İnfertilite Etkilenme Ölçeği, İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği-KF ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Cronbach Alfa Değerleri.....	78
Tablo 14. Deneysel Aşamada Kullanılan İstatistiksel Programlar ve Analizlerin Alanlarına Göre Dağılımı.....	82
Tablo 15. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda Pretest ve Posttest İnfertilite Etkilenme Durumları.....	86
Tablo 16. ITT Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların Pretest ve Posttest İnfertilite Etkilenme Durumlarının Karşılaştırılması.....	87
Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda Pretest ve Posttest İnfertilite Öz-Yeterlik Algıları	88
Tablo 18. ITT Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların Pretest ve Posttest İnfertilite Özyeterlik Algılarının Karşılaştırılması	90

Tablo 19. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda Pretest ve Posttest İnfertilite Uyum Durumları.....	91
Tablo 20. ITT Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların Pretest ve Posttest İnfertilite Uyum Durumlarının Karşılaştırılması.....	92
Tablo 21. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda İnfertilite Etkilenme Ölçeği'nin Pretest ve Posttest Madde Puan Ortalamaları.....	121
Tablo 22. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu'nun Pretest ve Posttest Madde Puan Ortalamaları.....	123
Tablo 23. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Pretest ve Posttest Madde Puan Ortalamaları.....	124

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği-KF ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri.....	48
Şekil 2. Randomizasyonun Uygulanması.....	65
Şekil 3. Consort Şeması.....	66
Şekil 4. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi Tedavi Günleri ve Görüşme Süreci.....	71
Şekil 5. Girişim Grubu Bakım İyileşme Süreci.....	74
Şekil 6. Kontrol Grubunun Çalışma Süreci.....	75
Şekil 7. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı-(CTE).....	76
Şekil 8. Araştırmanın Akış Şeması.....	80
Şekil 9. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertilite Etkilenme Durumlarının Pretest ve Posttest Verilerle Karşılaştırılması	85
Şekil 10. ITT Analizi Yapılan Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertilite Etkilenme Durumlarının Karşılaştırılması	86
Şekil 11. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertilite Öz-Yeterlik Algılarının Pretest ve Posttest Verilerle Karşılaştırılması	87
Şekil 12. ITT Analizi Yapılan Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertilite Öz-yeterlik Algılarının Karşılaştırılması	89
Şekil 13. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerinin Pretest ve Posttest Verilerle Karşılaştırılması.....	90
Şekil 14. ITT Analizi Yapılan Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	91

KISALTMALAR

İBK	İnsan Bakım Kuramı
İÖYÖ-KF	İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği Kısa Formu
İUÖ	İnfertilite Uyum Ölçeği
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
KOH	Kontrollü Overyan Hiperstimülasyon
IUI	İntra Uterin İnseminasyon
IVF	İn-Vitro Fertilizasyon
ET	Embriyo Transferi
ICSI	İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
USG	Ultrasonografi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma

TEŞEKKÜR

Hayatımda lisans eğitimimden bu yana her zaman özel bir yeri olan değerli hocam, danışmanım Prof.Dr. Hülya OKUMUŞ'a, gelişimimde verdiği emekleri, yaşama çok hassas bir bakış açısıyla bakmayı öğrettiği, eşsiz hemşirelik felsefesini paylaştığı için en derin saygılarımı ve sonsuz minnetimi sunarım.

Aynı şekilde lisans eğitimimden itibaren rol model olarak akademik hayatımda var olan, proaktif ve inovasyon kelimeleriyle bütünleştirdiğim çok değerli ve sevgili hocam Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN'a bilgi ve deneyimleri ile yolumu aydınlattığı için sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Akademik hayatıyla bana model olan, çok ince bakış açısını benimle paylaşan, her zaman ulaşılabilir olarak destek olan değerli hocam ikinci danışmanım Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na ilgisini ve sevgisini hiç esirgemediği için sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez jüri komiteme titiz incelemeleri, katkı ve yönlendirmeleri için saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimimde kendilerinden ders aldığım öğrenme ortaklarım olan, danışmanlık sağlayan ve gelişmemizde emek veren bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte yola çıktığımız, ortak yoğunluğu paylaştığımız arkadaşlarıma, bu süreçte akademik desteğini esirgemeyen hocalarıma, yönetsel desteklerinden dolayı üniversiteme teşekkür ederim.

Bu tezi uygulamama olanak sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yöneticilerine, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü yöneticilerine, kendi uygulamalarına alternatif olarak geliştirdiğim bakım modelimi içten bir samimiyetle kabul ederek, olanak ve destek sağlayan İnfertilite Hemşiresi Müzeyyen AKTAŞ'a ve diğer hemşire arkadaşlarıma bana inandıkları ve güvendikleri için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu süreçte yol arkadaşlığı yaptığımız, birlikte geliştirdiğimiz/iyileştirdiğimiz üreme sürecinde tüp bebek merkezinden destek alan, araştırmaya katılmayı kabul eden sevgili hastalarıma sonsuz sevgilerimi sunarım.

Bu yoğun çalışma döneminde her zaman desteği ile yanımda olan sevgili eşime ve tez sürecinde ailemize katılan sevgili oğluma teşekkür ederim.

WATSON'IN BAKIM KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN İNFERTİL KADINLARIN, İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME DURUMLARINA, ÖZ-YETERLİK VE UYUM DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

İlkay ARSLAN ÖZKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Inciraltı-İzmir

Amaç: İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğini test etmek, Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertil kadınların infertilite öz-yeterliliğine, uyum düzeylerine ve infertiliteden etkilenme düzeylerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma, metodolojik ve deneysel bölümlerden oluşmaktadır. Metodolojik olarak; İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin geçerlik-güvenirlik çalışması 120 infertil kadın ile yapılmıştır. Deneysel aşama; 52 girişim ve 53 kontrol olmak üzere 105 infertil kadınla, öntest-sontest izleme modeli kullanılarak, randomize kontrollü çalışmayla yapılmıştır. Veriler, kişisel bilgi formu, İnfertilite Etkilenme Ölçeği, İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Girişim grubuna, Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Veriler t-testi, ki-kare, Intention To Treat analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.78 ve 0.77 olarak bulunmuştur. Çalışma sonunda girişim ve kontrol grubu kadınların infertilite etkilenme, öz-yeterlik ve uyum düzeyleri arasında fark olduğu saptanmıştır. Çalışma sonrasında girişim grubu kadınların infertilite etkilenmelerinde istatistiksel olarak anlamlı, 11 puanlık bir düşüş olduğu, kontrol grubunda ise değişme olmadığı tespit edilmiştir (p:0.000). Ayrıca, girişim grubundaki kadınların infertilite öz-yeterlilik algısının yedi puan arttığı ve uyum puanının ise olumlu yönde yedi puan düştüğü görülmüştür.

Sonuç: İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği, geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıdır. Watson'ın İnsan Bakım Kuramına dayalı hemşirelik bakımının, infertilite tedavisi gören kadınların infertiliteden olumsuz etkilenmelerini azalttığı, öz-yeterlik ve uyum düzeylerini arttırdığı saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: İnfertilite, Hemşirelik Bakımı, İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği, İnfertilite Uyum Ölçeği, Watson'ın İnsan Bakım Kuramı

**EXAMINING OF THE EFFECTS OF NURSING INTERVENTIONS BASED ON
WATSON' THEORY OF HUMAN CARING ON THE INFERTIL WOMEN'
DISTRESS, SELF-EFFICACY AND ADJUSTMENT STATUS**

ABSTRACT

Objective: This study was conducted in order to test the reliability and validity of Infertility Self-efficacy Scale-Short Form (ISE-SF) and Infertility Adjustment Scale (IAS), evaluate the effectiveness of the nursing care program based on Watson' Theory of Human Caring to infertile women' distress, self-efficacy and adjustment status.

Method: This study was composed of two phases with methodological and experimental phase. At the methodological phase, the reliability-validity test of ISE-SF and IAS was conducted methodologically on 120 infertile women. Experimental phase was carried out on 105 infertile women including 52 experiment and 53 control groups by using the pretest-post test with randomized controlled study. The study was based on nursing care program using the Theory of Human Caring to guide practice. Data were collected through Infertility Distress Scale, ISE-SF and IAS. t-test, chi-square, Intention To Treat was used to evaluation of the data.

Results: Cronbach alphas were found to 0.78 and 0.77, respectively ISE-SF and IAS. At the end of RCT, experiment and control groups of women with infertility, were found to be the difference between distress, self-efficacy, and adjustment levels. A statistically significant decrease was detected in infertility distress score in the post-intervention period to experiment group ($p:0.000$) while a slight increase in the control group score ($p:0.31$). Also, experiment group posttest infertility self-efficacy and adjustment scores were statistically higher than that of the control group.

Conclusion: ISE-SF and IAS are a reliable and valid instrument. Nursing interventions based on Theory of Human Caring to reduce the negative effects of infertility of infertile women undergoing fertility treatment, has been proven to increase self-efficacy and adjustment levels.

Key Words: Infertility, Nursing Care, Infertility Self-efficacy Scale-Short Form and Infertility Adjustment Scale, Watson' Theory of Human Caring

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin %10-15'ini etkileyen, bireysel, ailevi ve toplumsal sorunlara yol açan, yıkıcı bir sağlık problemidir (Arıcı ve ark., 2006). İnfertil kadınların hemşirelik bakımı fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal gereksinimleri kapsayacak şekilde planlanmalıdır (Beji, 2001; Devine, 2003; Hammond, 2001; Terzioğlu, 2001 a). Ülkemizde infertilite alanında çalışan hemşirelerin hemşirelik bakımının çerçevesi henüz net olarak belirlenmemiştir (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

İnfertilite ve infertilite tedavi sürecinin infertil kadınları biyo-psiko-sosyal yönden olumsuz olarak etkilemektedir (Cousineau ve Domar, 2007; Gerrity, 2001). Çocuk sahibi olamamak potansiyel bir krizdir (Noorbala ve ark., 2008). Yapılan çalışmalarla infertilitenin yaşam kalitesini düşürdüğü (Aliyeh ve Laya, 2007; Valsangkar ve ark., 2011), yalnızlığa (Kavlak ve Saruhan, 2002), duygusal sıkıntılara ve strese (Boivin ve ark., 2011; Özkan ve Baysal, 2006), depresyon ve aksiyeteye (Ak, 2001; Bozkurt, 2001; Gülseren ve ark., 2006; Kazandı ve ark., 2011; Noorbala ve ark., 2008), kontrol kaybına, damgalanmaya (Cousineau ve Domar, 2007), evlilikte uyumsuzluğa (Keskin-Gürbüz, 2007; Oğuz, 2004) neden olduğu saptanmıştır. İnfertilitenin meydana getirdiği bu çok yönlü etkilenmenin tedavi süreciyle daha da arttığı bilinmektedir (Boivin ve ark., 2011).

İnfertil olmaya bağlı olarak artan olumsuz etkiler, bu sürece uyumu güçleştirmekte ve kadınların infertilite öz-yeterlik algısını düşürmektedir (Durning ve Williams, 2004). İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin temel amacı, bu bireylerin infertilitenin etkileriyle olabildiğince baş etmelerine yardımcı olmak, iyilik düzeylerini artırmaktır (Payne ve Goedeke, 2007). Bu nedenle infertil kadınların bu süreçlerden etkilenme durumları, öz-yeterlik algıları ve uyum düzeylerinin önemli olduğu bilinmektedir.

Öz-yeterlik, gerçekte sosyoloji alanına ait bir kavram olmakla birlikte, bireyin karşılaştığı sorunlara yönelik öz-bakımı yönetmesine, sağlığını etkileyecek kararları almasına ve bu kararlara uygun davranışlarda bulunmasına neden olduğu için, hemşirelik açısından önemli bir kavramdır (Sousa ve ark., 2005). Bir bireyin öz-yeterlik algısı ne kadar güçlü olursa, kişi o duruma ilişkin o kadar çok çaba ve direnç gösterebilmektedir. Aynı zamanda yeterlik inançları bireylerin düşünme biçimlerini, problem çözme becerilerini ve duygusal tepkilerini etkilemektedir (Bandura, 1998). İnfertil olma ve yardımcı üreme tekniklerinin

uygulanmasının kadınların öz-yeterlik algısını azalttığı, yapılan araştırmalarla belirlenmiştir (Domar ve ark., 2000; Venkatesan, 2005).

İnfertil kadınlarda uyum ise bireylerin çocuk sahibi olma ya da olamama olasılıklarını davranışsal, bilişsel ve duygusal açıdan sürdürebilmeleri olarak tanımlanmıştır (Glover ve ark., 1999; Hirsch ve Hirsch, 1995). İnfertil bireylerin bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak değişim gerçekleştirebilmeleri için, uyum sağlamaları gerekmektedir (Verhaak ve ark., 2005). Bireylerin öz yeterlik algıları ve uyumları, infertilite tedavisi sırasındaki tutum ve davranışlar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

İnfertiliteden etkilenmenin azaltılması ve uyum ile öz-yeterlik algılarının güçlendirilmesi amacı ile literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, psikososyal destek programlarının uygulandığı görülmektedir (Boivin, 2003). İnfertil kadınlara yönelik yapılan deneysel araştırmalarla, hemşirelerinde de dahil olduğu psikososyal destek programlarının bireylerin öz-yeterlik, uyum düzeyleri ve psiko sosyal iyiliklerini artırılabilirdiği gösterilmiştir (Chan ve ark., 2006; Cousineau ve ark., 2008; Cox ve ark., 2006; de Klerk ve ark., 2005; Deborah ve ark., 2001; Dennis, 2003; Domar ve ark., 2000; Emery ve ark., 2003; Hosaka ve ark., 2002; Lee, 2003; Lemmens ve ark., 2004). Ancak, bu araştırmalarda girişim ve yöntemde bir standart oluşturulmadığı için, bu alanda daha fazla çalışma yapılması gerektiği belirtilmiştir (Boivin, 2003; Wischmann, 2008).

Ülkemizde infertilite hemşirelerinin bakımına rehber olmaya yönelik yapılan iki deneysel araştırmada, hemşirenin danışmanlık rolünün (Terzioğlu, 2001, b) ve Roy'un adaptasyon modeline uygun olarak verilen hemşirelik bakımının (Akyüz, 2001) infertil bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Ancak infertil kadınlarda hemşirelik bakımının bireylerin, genel olarak infertiliteden etkilenme ve uyum düzeyleri üzerinde etkisini inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır.

İnfertil kadınların psikososyal açıdan güçlendirilmesinde, Jean Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın uygun olduğu düşünülmüştür. İnsanların obje olarak tedavi edilemeyeceği, kendi benliklerinden, diğer insanlardan, doğa ve evrenden ayıramayacağı görüşüne temellendirilen bu kuram (Watson, 1999), ülkemizde daha önce hipertansif hastalarda kullanılmıştır (Erci ve ark., 2003). İnsan Bakım Kuramı'na dayalı olarak yapılan araştırmalar kuramın, teknoloji odaklı çağımızda hemşirelik bakımını daha etkili ve bilinçli şekilde sağlamada yararlı olduğu (McCutcheon ve ark., 2005), hastaların bakım sonuçları üzerine pek çok olumlu etkisi olduğunu ortaya koymuştur (Carson, 2004; Childs, 2006; Drenkard, 2008; Siegrist, 2008;

Watson-Alvaro, 2009). Bu araştırma ile infertil kadınların yaşadıkları infertiliteden etkilenme, öz-yeterlikte azalma ve infertiliteye uyumsuzluk sorunlarının giderilmesine yönelik, Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilerek planlanan ve sunulan hemşirelik bakımının, sonuçlarının ortaya konması planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma metodolojik ve deneysel bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın amaçları:

1. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğini test etmek,
2. Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının, infertil kadınların;
 - a. infertilite etkilenme durumlarına,
 - b. infertilite öz-yeterlik algılarına ve
 - c. infertilite uyum düzeylerine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Varsayımları

1. İnfertil kadınlar çocuk sahibi olamamalarına rağmen kendilerini yeterli hissetmek isterler.
2. İnfertil kadınlar çocuk sahibi olamamalarına bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak uyum sağlamak isterler.
3. İnfertil kadınlar çocuk sahibi olamama durumuna karşı olumlu tepkiler vermek, olumsuz tepkilerden kaçınmak isterler.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

- H1: Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan girişim grubundaki kadınların infertiliteden etkilenme düzeyleri, kontrol grubuna göre daha düşüktür.
- H2: Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan girişim grubundaki kadınların infertilite öz-yeterlik algıları, kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- H3: Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan girişim grubundaki kadınların infertilite uyum düzeyi, kontrol grubuna göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite ve İnfertilite Hemşireliği

2.1.1. İnfertilitenin Tanımı ve Görülme Sıklığı

İnfertilite, üreme çağındaki bir çiftin kontrasepsiyon uygulamadan en az bir ya da iki yıla kadar süren düzenli bir cinsel ilişkiye rağmen, canlı bir doğum gerçekleştirememesi olarak tanımlanır (NCC-WCH, 2004; Olshansky ve Garner, 2008). İnfertilite Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, dünya çapında toplumsal bir sağlık sorunu, bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Vayena ve ark., 2009). Bir kadının hiç gebe kalamaması durumunda primer infertilite, daha önce bir ya da daha fazla gebelik olduğu halde tekrar gebe kalamama durumunda ise, sekonder infertilite söz konusudur. Fekondabilite, bir adet dönemi içerisinde gebelik elde edebilme ihtimalidir ve bu da yaklaşık olarak %20-25'tir. Bu durumda çiftlerin %90'nının 12 ayda gebe kalması gerektiği düşünülmektedir (Arıcı ve ark., 2006).

DSÖ verilerine göre; gelişen ülkelerde üreme çağındaki evli her dört kadından biri infertildir ve infertilite tüm dünyada 50-80 milyon kadını etkilemektedir (Rutstein ve Shah, 2004). İnfertilitenin sıklığı bölgeden bölgeye ve ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, obstetrik bakım arayan çiftlerin yaklaşık %20'sinin infertil olduğu bilinmektedir (Olshansky ve Garner, 2008). Uluslararası infertilite prevalansını değerlendiren bir çalışmada ise prevalansın tahmini olarak %9 (min:5-max:15) olduğu ve bu çiftlerin %56'sının (min:30-max:75) tedaviye başvurduğu saptanmıştır (Boivin ve ark., 2007). Yapılan araştırmalarda infertilite prevalansı Amerika'da %7.5-21.5 (2002), Rusya'da (1998) %16.7, Avustralya'da (2003) %18.4, Fransa'da (1991) %12.2, Norveç'te (2006) %6.6 olarak bulunmuştur (Boivin ve ark., 2007). Royal Collage of Nursing gurubu, ulusal sağlık verilerine dayanarak İngiltere'de altı çiftten birinin infertil olduğunu bildirmektedir (RCN, 2009). Gelişmekte olan ülkelerde infertilite insidansı gelişmiş ülkelere göre daha yüksek oranda hesaplanmıştır. İran'da %8 (Safarinejad, 2008), Afrika'da %3-26.5 (Larsen, 2000; Larsen, 2003), Mısır'da % 10.4 (Mohsen ve ark., 2001), Hindistan'da %17.2 (Kumar, 2007) olarak bulunmuştur. DSÖ'ne göre Türkiye infertilite oranı yüksek olan ülkeler arasında yer almaktadır (Rutstein ve Shah, 2004). Ülkemizde 1-1.5 milyon çiftin infertil olduğu belirtilmektedir (Koç ve Özdemir, 2003). Ayrıca ülkemizde 15-49 yaş arası kadınların %17'sinin sekonder infertil olduğu tahmin edilmektedir (Rutstein ve Shah, 2004).

Yardımcı üreme teknikleri (YÜT)'nin kullanımı son 20 yılda giderek yaygınlaşmıştır. Tıptaki gelişmeler, medyanın infertilite ile YÜT'ne olan ilgisi ve bunun sonucunda toplumun

bilgilenmesi, tedavilerin yaygınlaşmasında önemli etkenlerin başında gelmektedir. Ayrıca doğurgan çağındaki nüfusun artışı, sosyolojik değişiklikler sonucu geç evlenme ve çocuk doğurma yaşının ertelenmesi YÜT'nin yaygınlaşmasına neden olmuştur (Arıcı ve ark., 2006).

2.1.2. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

İnfertilite nedenleri, %30'u kadına ait faktörler, %30'u erkeğe ait faktörler ve %20'si ise çiftlerin her ikisine ait faktörlerden oluşmakta, yaklaşık %20'si nedeni açıklan/amayan infertilite olarak bilinmektedir. İnfertilite nedenleri arasında primer infertilitenin % 55-75, sekonder infertilitenin ise % 25-40 oranında olduğu bildirilmiştir (Arıcı ve ark., 2006).

2.1.2.1. Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Kadınlarda infertiliteye neden olan faktörler; ovulatuvar faktör, tuba-peritonal faktör, uterin faktör ve servikal faktörlerdir (Arıcı ve ark., 2006):

Ovulatuvar Faktör: Kadına ait infertilite nedenleri arasında önemli yer tutan faktörlerden biri olup, infertil kadınların %15-25'inde görülür (NCC-WCH, 2004).

Tuba-Peritonal Faktör: Fallop tüpleri sperm ve oosit arasında bağlantıyı sağlayan vazgeçilmez bir yapıdır. Bazı hastalıklar, oluşturdukları patolojiler ile tubal adezyon obstrüksiyon oluşturarak infertiliteye neden olabilir. Kadın infertilitesi nedenlerinden %25-30'unu tubal faktör oluşturmaktadır. Pelvisin inflamatuvar hastalıkları, endometriyozis, abdomiopelvik operasyonlar, tubalarda adezyon ve obstrüksiyon oluşturduğu için infertiliteye neden olabilir.

Uterin Faktör: İnfertilitenin en önemli nedenlerinden biri olan implantasyon başarısızlığı uterin faktörlerle ilgilidir. Uterusa ait faktörlerin görülme sıklığı kadın infertilitesi nedenleri arasında %2-5 oranındadır. Konjenital olduğu gibi sonradan da meydana gelebilen bu patolojiler: miyomlar ve endometrial polipler, intrauterin adezyonlar, endometritler, müller kanalı anomalileri şeklinde sıralanabilir (NICE, 2004).

Servikal Faktör: İnfertil olguların %5-10 kadarında servikal hücrelerin salgıladığı mukusta meydana gelen kalite, kantite, enfeksiyon ve immünolojik problemlerden oluşan servikal faktör sorumludur. (NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

2.1.2.2. Erkekte İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Erkek infertilitesi üç ana bölümde incelenmektedir. Bunlar; sperm üretim bozuklukları, sperm fonksiyon bozuklukları ve duktal sistemdeki bozukluklardır (NCC-WCH, 2004):

Sperm Üretim Bozuklukları: Sperm üretimindeki bozukluklar primer testiküler yetmezlik nedeniyle oluşabilir (Hipergonodotropik hipogonadizm). Bunlar; genetik nedenler (kliniferter

sendromu) veya testislerde direkt anatomik anomaliler (kriptorşidizm, varikosel), enfeksiyon (kabakulak orşidi), gonadotoksinlerdir.

Sperm Fonksiyon Bozuklukları: Sperm fonksiyon bozuklukları, anti sperm antikorlar, varikosel, genital organların inflamasyonu (prostatit), sperm yapışma anormallikleri, penatrasyon ile ilgilidir.

Duktal Sistemdeki Bozukluklar: Duktal sistemdeki obstrüksiyon vazektomiden, konjenital bilateral vas deferans yokluğundan, konjenital veya kazanılmış epididimis, ejakulatuar dukstus obstrüksiyonundan kaynaklanır (NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

2.1.3. İnfertilite Tedavileri ve Yardımcı Üreme Teknikleri

Üremeye Yardımcı Teknikler spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren tekniklerdir. Tüp bebek ilk defa 1978 yılında İngiltere’de tubal tıkanıklığı olan bir kadında gerçekleştirilmiş ve Louis Brown adında bir kız çocuğu dünyaya gelmiştir. Bu çalışmayla, kadın hastalıkları ve doğum dalının yeni alanı olan Üreme Tıbbı ortaya çıkmıştır (Beji, 2001). O tarihten bu yana tüp bebek tedavisi ve uygulamasında önemli değişiklikler olmuştur. Erkek infertilitesi için 1993’te önemli bir adım atılarak ilk intra sitoplazmik sperm enjeksiyonu gerçekleştirilmiştir. İlerleyen yıllarda mikromanuplasyon tekniklerinin ve genetik yöntemlerin gelişmesiyle birlikte preimplantasyon genetik tarama ve tanı yöntemleri gelişmiştir. Başlangıçta tedavilerde başarı şansı %10 civarında iken, şimdilerde %50’ye ulaşmıştır (Arıcı ve ark., 2006, Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

Kontrollü ovarian hipersitümlasyon (KOH)

YÜT’nin hangisi kullanılırsa kullanılsın, overlerin uyarılması gerekmektedir. Ovulasyon indüksiyonunda amaç ilaç yardımıyla çok sayıda ve iyi kalitede oosit gelişimini sağlamaktır. Kadının varsa önceki tedavi öyküsü, yaşı, over rezervi, bazal ovarian hormon değerleri (FSH, E2), beden kitle indeksi, over cerrahisi öyküsü, polikistik over sendromu gibi kriterler ilaç protokolü seçiminde etkili olmaktadır. Bir siklusa ortalama 14-16 oosit elde edilmesi planlanır. Elde edilen oositlerin fertilize edilmesiyle en iyi embriyoların seçilmesi sağlanarak, tedavi başarısı arttırılmaktadır (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009, NCC-WCH, 2004, NICE, 2004).

Günümüzde en yaygın kullanılan KOH protokolleri, GnRH analogları ve gonadotropinlerin kombinasyonu ile oluşturulan protokollerdir. GnRH analogu tedavisi,

başlama zamanı ve uygulama süresine göre kısa, mikrod doz ve uzun protokoller olarak isimlendirilir:

Kısa Protokol: GnRH analogları siklusun 1. gününden itibaren verilmeye başlanır. Siklusun 3. gününden itibaren tedaviye HMG/FSH eklenir. Bu protokolda amaç, GnRH analoglarının hipofizi uyarıcı etkisinden faydalanmaktır. Bu şekilde endojen FSH ve LH salınımını artıracığından over stimülasyonu üzerindeki olumlu etki artar.

Mikrod doz Protokol: Bir önceki adet döneminin ilk gününden itibaren oral kontraseptif kullanmaya başlanır. 21 gün süreyle kullanılmasını takiben 2 gün ara verilir. 3. gün GnRH analoguna başlanır. GnRH analogunun 3. gününden itibaren yüksek doz gonadotropin tedaviye eklenir. Amaç uyarıcı etkiden yararlanmaktır.

Uzun Protokol: En çok tercih edilen protokoldür. GnRH analoguna bir önceki siklusun midluteal döneminde (21. gün) başlanır. Baskılanma sonucu oluşacak adet 3. gününde hipofizer ovaryen supresyonun oluşup oluşmadığı kontrol edilir. Transvajinal ultrasonografide 10mm'den büyük folikül yoksa ve östrodiol 50pg/ml'den düşük ise, supresyon sağlanmış demektir ve gonadotropinler tedaviye eklenir. HCG gününe kadar ikisi beraber kullanılır (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

Yardımcı Üreme Teknikleri

Günümüzde en sık kullanılan YÜT, İntrautein İnseminasyon, İn-Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi ve İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonudur (NICE, 2004).

1. İntrauterin İnseminasyon

İntrauterin inseminasyon (IUI) diğer yardımcı üreme tekniklerine göre daha ucuz, daha basit ve daha az invaziv olması özellikleriyle, infertilite tedavisinde sıklıkla birinci basamak olarak başvuru olan yöntemdir. IUI, ovülasyon zamanında laboratuvar ortamında özel işlemlerden geçirilerek hazırlanan spermatozoaların koitus olmadan, katater aracılığıyla genital traktusa bırakılmasıdır. Serviks konulduğunda, servikal inseminasyon; uterus kavitesine konulduğunda, intrauterin inseminasyon; peritoneal kaviteye yerleştirildiğinde peritoneal inseminasyon denir. En yaygın uterus inseminasyondur (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009). IUI'ya halk arasında aşılama denmektedir.

IUI aşamaları:

1. KOH
2. Siklusun izlemi (overyan hormonların ve transvajinal USG ile folikül gelişimi takibi)

3. İnseminasyon zamanlaması
4. Spermilerin hazırlanması
5. İnseminasyonun yapılması (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

IUI'nin tedavi süresi, literatürde bu uygulama ile gebeliklerin en çok 3-4 siklusa olduğu ve 6-8 aylık menstrüasyon dönemini kapsadığı bildirilmiştir. Tedavinin 5-6 kez uygulanması ile gebelik oluşmadığı durumda, tedavide başarısızlıktan sözedilebilir ve farklı bir tedaviye geçilir (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009; NCC-WCH, 2004).

2. *In Vitro Fertilization (IVF) ve Embriyo Transferi (ET)*

IVF, YÜT arasında en sık kullanılan tekniktir. IVF'in temel prensibi, oosit ve spermilerin labovatuvar ortamında bir tüp içinde birleştirilerek, fertilizasyonun kendiliğinden olmasını beklemektir. IVF'e halk arasında tüp bebek denmektedir (NICE, 2004).

IVF'in aşamaları:

1. KOH
2. Siklusun izlenmesi (overyan hormonların ve transvajinal USG ile folikül gelişimi takibi)
3. Transvajinal USG altında overlerden oosit toplanması,
4. Labovatuvar koşullarında fertilizasyon
5. Embriyoların transservikal olarak uterusu transferi

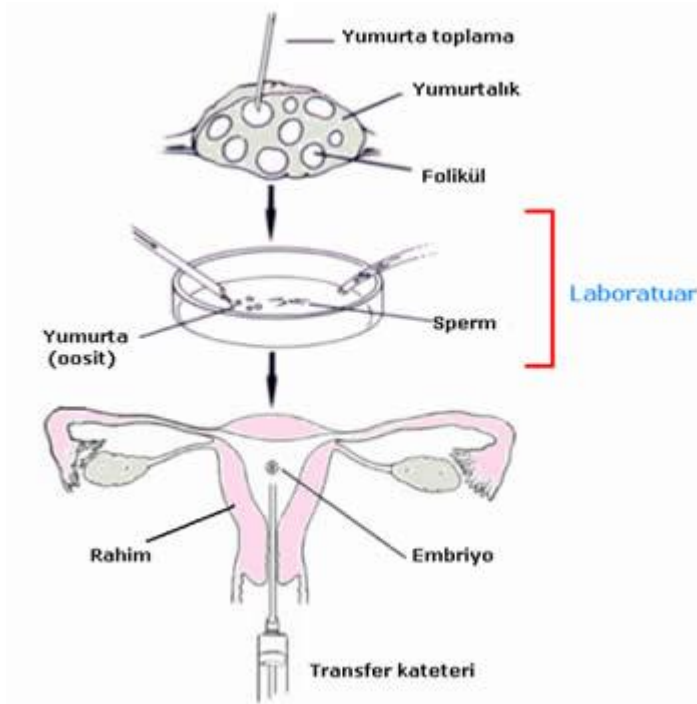
Oosit toplanması/OPU (oosit pick up), oositlerin HCG enjeksiyonundan 34-36 saat sonra laparoskopik yolla ya da vajinal USG desteği ile iğne aspirasyonu şeklinde alınmasıdır. OPU genelde her iki fornixe lokal anestezi ve intravenöz sedasyon uygulaması altında yapılmaktadır (Arıcı ve ark., 2006).

Standart IVF'de fertilizasyon olmuşsa gelişen embriyolar 2-3 gün süreyle kültür ortamında bekletilir. Son yıllarda embriyoların implantasyon oranlarının daha yüksek olması nedeniyle, blastosist safhasına (5. gün) gelmesi beklenmektedir. Bu uygulamayla daha az embriyo transferi yapıldığı için çoklu gebelik riski azalmaktadır. Sperm fonksiyonları normal ise, insemine edilen oositlerin %90'dan fazlası fertilize olur (Arıcı ve ark., 2006).

ET, fertilizasyon sonrası embriyoların uterusu yerleştirilmesidir. Embriyolar transfer kataterine çekilir, litotomi pozisyonunda, transabdominal ultrason eşliğinde, transservikal yolla uterusu fundusun yaklaşık 1 cm altına enjekte edilir. Transfer ağırlı bir işlem değildir, anestezi olmaksızın uygulanır. Tüm işlem yaklaşık 20-30 dk sürer. İşlem sonrası bireyin 1-2

saat dinlenmesi önerilir. Bazen bireyin durumuna göre yatak istirahati de önerilebilir. Endometriumu luteal fazda desteklemek için progesteron içerikli ilaçlar verilir (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

İmplantasyon transferden 4-6 gün sonra meydana gelmektedir. Transferden sonraki 12. günde kanda beta-HCG ölçümü yapılır. Testin pozitif olması durumunda hasta yakın izleme alınır (Arıcı ve ark., 2006; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).



http://www.evliikhazirligi.com/tup_bebek.php

İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

IVF uygulamasında erkek faktörü şiddetli veya neden açıklanamamış infertilite ise, fertilizasyon intra sitoplazmik olarak spermilerin enjekte edilmesiyle sağlanır. Ejekülattan veya cerrahi yolla testisten elde edilen sperm, yıkanarak en uygun sperm seçilir. Bu işlemden sonra tek sperm oositin zona pellusida tabakasından bir delik açılarak oosite bırakılır (Arıcı ve ark., 2006; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

Cerrahi yolla sperm elde etme yöntemleri

ICSI'ye bağlı olarak cerrahi yöntemlerle sperm elde edilmektedir. Bunlar:

Pesa-Perkütan Epididimal Sprem Aspirasyonu: Skrotumdan girilen ince bir iğne ile doğrudan epididimislerden sprem aspirasyonu işlemidir.

Mesa-Mikro Epididimal Sperm Aspirasyonu: Mikrocerrahi teknikler kullanılarak genel anestezi altında epididimislerden sperm çıkarılma işlemidir.

TESE-Testiküler Sperm Ekstraksiyonu: Testis dokusundan doğrudan sperm çıkarılması işlemidir.

TESA-Testiküler Sperm Aspirasyonu: Testislere deriden girilen bir iğne ile sperm alınmasıdır (Arıcı ve ark., 2006; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

Cerrahi Tedavi

İnfertiliteye neden olan faktörlere yönelik olarak kadın ve erkeklere yönelik çok sayıda cerrahi tedavi mevcuttur. Erkeklerde varikoselin tedavisi işlemi, minimal invaziv yol ile obstrüksiyonların düzeltilmesi, önceki cerrahi skar dokusunun çıkarılması için uygulanır. Kadında minimal invaziv yol ile obstrüksiyonların düzeltilmesi, laparaskopi ya da laparotomi ile endometriozis, obstrüksiyon, önceki cerrahi skar dokusunun çıkarılması için uygulanır. Lazer cerrahisi, adhezyonları azaltmak ve önlemek için uygulanır. Mikrocerrahi teknikleri ise fallop tüpleri ya da erkek genitalindeki tüp yapılarının obstrüksiyonlarını düzeltmek için uygulanır. Transservikal balon tuboplastisi, fallop tüpleri tıkanıklığında uygulanır (NICE, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

2.1.4. İnfertilitenin Psiko-sosyal Etkileri

İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, emosyonel, cinsel, etik ve finansal etkileri uluslararası ve ulusal bir çok çalışma ile ortaya konmuştur (Cousineau ve Domar, 2007; Cwikel ve ark., 2004; Domar ve ark., 2008; Ramezanadeh ve ark., 2004; Serour, 2008; Sherrod, 2004). Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu da belirtilmektedir. Çiftler için çocuk sahibi olamama durumunda yaşanan ortak duygular, engellenme duygusu ve toplum içinde anne baba rollerinin eksikliğidir. Kadın için çocuksuzluğun anlamı, doğurma işlevi ve bedenin üzerinde kontrol kaybı, eksiklik, kendini kadın toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma (evlat desteğinin olmaması), ümitsizlik, sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (anne, kadın, loğusa, kayınvalide, büyükanne) ve benlik değerinde düşmedir.

Erkek için çocuksuzluğun anlamı ise, erkeklik işlevlerinde yetersizlik, eksiklik (babalık güdüsünün doyurulamaması), yalnız kalma (yaşlılıkta), iş hayatında destek eksikliği, soyunun devamını sağlayamama, sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, büyükbaba) ve sosyal güvence azlığıdır (Burns ve Covington, 2006; Wischmann ve ark., 2001).

Çocuk sahibi olamamak potansiyel bir krizdir (Noorbala ve ark., 2008). İnfertilite tanısı çiftlere, başlangıçta inanmama, yalanlama, yetersizlik, suçluluk ve çaresizlik duygusu yaşatırken, krizin son aşamasında bu durum kabullenilir (Kainz, 2000).

Yapılan çalışmalarla infertilitenin yalnızlığa (Kavlak ve Saruhan, 2002), depresyon ve anksiyeteye (Ak, 2001; Bozkurt, 2001; Gülseren ve ark., 2006; Kazandı ve ark., 2011; Noorbala ve ark., 2008), duygusal sıkıntılara (Özkan ve Baysal, 2006), evlilikte uyumsuzluğuna (Keskin-Gürbüz, 2007; Oğuz, 2004) neden olduğu saptanmıştır. Literatür çoğunlukla infertilitenin bireyler üzerindeki olumsuz etkilerine yoğunlaştıysa da infertiliteyle mücadele etmenin posttravmatik bireysel gelişmeyle ilişkili olabileceği bir araştırma ile ortaya konmuştur (Paul ve ark., 2010).

Çiftlerin tedaviye başlamadan önce yüksek olan anksiyete ve depresyon düzeyleri, tedavinin olumsuz sonuçları ile daha da şiddetlenebilir ve baş etme mekanizmalarını zorlayabilir (Oğuz, 2004). IVF sırasında ve öncesinde yaşanan distresin gebelik oranını düşürdüğü ispatlanmıştır (Smeenk ve ark., 2001). Ayrıca bu bireylerin yaşadığı psikososyal belirtilerin; özellikle depresyon ve anksiyetenin, kanser ve hipertansiyon gibi kronik bir hastalığa sahip bireylerdeki kadar yaygın olduğu gösterilmektedir (Burns ve Covington, 2006).

2.1.5. İnfertilitede Psiko-sosyal Yaklaşımlar

İnfertil hastalar arasında distres, anksiyete, depresif semptomların yüksek oranda görüldüğü mevcut literatürle ortaya konmuştur. Bu bireylerin artmış psikososyal destek gereksinimleri vardır (Hammerli ve ark., 2008). İnfertilite tedavisi sırasında uygulanan psikolojik destek girişimlerinin tedaviye uyumu ve psikososyal iyiliği artırdığı yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Bunun ötesinde psikolojik yaklaşımların fertilizasyon şansını da artırdığı idda edilmektedir (Domar ve ark., 2000). Lemmens ve ark (2004), infertil bireylerin yaşadıkları sıkıntılarla baş etmelerine yardım etmek için, akıl-beden girişimleri temelinde evlilik terapisi, sanat terapisi, gevşeme egzersizleri, duyguların sözel aktarımı, beden imajı ve benlik kavramına yönelik tekniklerin kullanımı yoluyla grup destek programı gerçekleştirmişlerdir.

Uygulanan bu çoklu programın etkili olduğu ortaya konmuştur. Başka bir çalışmada, infertil kadınlara yönelik bilgi verme, gevşeme egzersizleri ve kognitif davranışsal danışmanlığa dayalı hemşirelik kriz önleme programının kadınların psikososyal yanıtlarını olumlu yönde değiştirdiği saptanmıştır (Lee, 2003). de Klerk ve ark. (2005), ilk kez IVF uygulanan kadınlarda distressi azaltmaya yönelik, ihtiyaçlarına göre bilgi toplama ve analiz, destek, terapötik uygulama ve karar verici danışmanlık vermişlerdir. Chan ve arkadaşları (2006), IVF uygulanan infertil kadınlarda akıl-beden-ruhsal girişimlerin anksiyeteyi azalttığını bildirmişlerdir. Diğer çalışmalardan farklı olarak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında verilen danışmanlığın distressi azaltmada etkili olmadığı, ilk kez IVF olan kadınların danışmanlık gereksinimlerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Kognitif davranışsal modele göre düzenlenen grup destek girişimlerinin, infertil çiftlerde stres yönetiminde etkili olduğu ortaya konmuştur (McNaughton-Cassill ve ark., 2000). Sadece bir çalışmada kognitif davranışsal tedavi (gevşeme egzersizleri, bilişsel yapılanma, duygusal ifade yöntemi, beslenme ve egzersiz bilgisi) uygulanarak verilen destek grup girişimlerinin gebelik oranını artırdığı belirlenmiştir (Domar ve ark., 2000). İnfertil bireyler tedaviye başlamadan önce uygulanan psikolojik desteğin, infertil çiftlerin depresyonla baş etmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Noorbala ve ark., 2008). Ülkemizde Terzioğlu (2001 b)'nın yaptığı çalışmada, hemşirelerin verdiği danışmanlığın tedavinin başarısını desteklediği ve infertil bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini azattığı saptanmıştır.

İnfertil bireylerin sağlık personeli tarafından karşılanmayan psikolojik gereksinimleri için internet forumlarından duygusal destek bekledikleri tespit edilmiştir (Himmel ve ark., 2005). Bunun üzerine yüz yüze yapılan girişimlerin yanı sıra web tabanlı hasta eğitimi ve psikososyal girişim programının, bir çok psikolojik alan üzerinde yararlı ve ekonomik olabileceği kanıtlanmıştır (Cousineau ve ark., 2008). Online infertilite destek gruplarının da yararlı olduğu bildirilmiştir (Malik ve Coulson, 2008; Sexton ve ark., 2010).

İnfertil hastaları desteklemeye yönelik uygulanan tamamlayıcı tedaviler de incelenmiştir. İnfertil kadınlara uygulanan akupunkturun, öz-yeterlik düzeyini artırdığı saptanmıştır (Kovárová ve ark., 2010). Sanat terapinin etkinliği ile ilgili yapılan bir çalışmada,terapinin infertil kadınların umutsuzluk düzeylerini ve depresif semptomlarını azalttığı ortaya konmuştur (Hughes ve da Silva, 2011). Bunların yanı sıra gevşeme tekniklerinin infertil kadınlarda stresi azaltmada etkili olduğu araştırmalarla tespit edilmiştir (Hammerli ve ark., 2008, Valiani ve ark., 2010).

2.1.6. İnfertilite Hemşireliği

İnfertilite hemşireliğinin tarihsel gelişimi yardımcı üreme yöntemleri alanındaki gelişmeler ile paralellik göstermektedir. 1960 öncesinde infertilite hemşireliği sadece mesleki beceriler ve teknik uygulamalarla sınırlıydı. İnfertilite hemşireliğinin gelişimi özel bir ileri uygulama eğitim programı, bakım rehberleri ya da standartları olmaksızın gerçekleşmiştir. 1980'lerde YÜT'ndeki gelişmelerle uluslararası hemşirelik alanında yeni bir uzmanlık alanı gelişmeye başlamıştır. Teknolojik gelişmeler bu alanda hemşirelerin özel yetenekler kazanmasını zorunlu kılmıştır (Mitchell ve ark., 2005).

İnfertilite hemşireliğinin özelleşmesine yönelik ilk çalışmaların İngiltere'de Royal Collage of Nursing bünyesindeki Fertilite Hemşireleri Grubu (FHG) (Fertility Nurses Group) tarafından 1980'li yıllarda başladığı bilinmektedir (Wallace, 2008). FHG 1987'de, infertilite kliniklerinde çalışan hemşirelerin rollerini ve eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla kurulmuştur.

Amerika'da 1985'de infertilite hemşireliği klinik bir uzmanlık dalı olarak tanınmıştır. American Society for Reproductive Medicine (ASRM), 1988'de infertilite hemşireliğinin alt bir uzmanlık olanı olduğunu fark etmiş ve çalışmalara başlanmıştır. İlk infertilite hemşireliği kitabı olan "Principles of Infertility Nursing", Garner tarafından 1991'de yayınlanmıştır. 1990'da ise Nurses Special Interest Group'u oluşturmuştur. 1994'de bu grubun adı "Nurses' Professional Group (NPG)-Hemşirelik Profesyonelleri Grubu" olarak değiştirilmiştir. Günümüzde de "The Nurses in Reproductive Medicine Professional Group" adını kullanmaktadır. 2008 ASRM üye raporuna göre NPG'nin 726 üyesi bulunmaktadır (http://www.npg-asrm.org/newsletters/NPGFall2008_Newsletter.pdf).

Japonya'da ilk tüp bebek 1983 yılında doğmuştur. İnfertilite hemşireliğinin gelişimi 1999'da Japon İnfertilite Hemşireliği Ağının (Japan Infertility Nursing Network) kurulması ile başlamıştır. Bu ağ sayesinde Japon hemşireler, hemşirelikte üreme sağlığı ve infertilite alanlarının da var olduğunu fark etmişlerdir. 2002'de Japon Hemşireler Birliği (Japanese Nursing Association) Kobe'de eğitim merkezinde, fertilite alanında Uzman Hemşire (certified expert nurses-CEN) sertifikası ve eğitimi vermeye başlamıştır. Japon İnfertilite Hemşireliği Ağı akademik bir oluşum halini alarak 2003'te Japon İnfertilite Hemşireliği Topluluğu'na (Japanese Society of Infertility Nursing) dönüşmüştür. Japon Hemşireler Birliği 2009 verilerine göre sertifikalı uzman hemşire sayısı 72'dir (<http://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/development.html#certified>).

<http://www.kango-net.jp/project/06/ppt/06.ppt>).

Avustralya’da Ulusal Hemşirelik ve Ebelik Derneği, infertilite hemşirelerinin yeterliklerini ve rollerini benzer şekilde tanımlamıştır (Applegart ve ark., 2008; Breidahl, 2005). İnfertilite hemşireliği her ne kadar özel bir alan olarak görülse de özel yeteneklerle donanımlı ve tam olarak ileri hemşirelik alanı olarak görülmemektedir. İnfertilite hemşireliğinin eğitim düzeyi henüz net olarak tanımlanmamış ve üniversitelerde master programları oluşturulmamıştır (Mitchell ve ark., 2005).

Ülkemizde YÜT’nde hemşirelerin rollerine ilişkin standardizasyon ve protokoller geliştirilmektedir. Ülkemizde infertilite alanında yaklaşık 500 hemşire/ebe çalışmakla birlikte, bu sayının yetersiz olduğu düşünülmektedir. Alanda çalışan eğitim almış, donanımlı hemşire/ebe sayısının artması için, sertifika programlarının olması şarttır. İnfertilite alanında ülkemizde 2008 yılında kurulmuş “Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği” ve “İnfertilite Hemşireliği Derneği” olmak üzere iki adet dernek bulunmaktadır (Beji, 2001).

2.1.6.1.İnfertilite Hemşiresinin Roller

İnfertilite’de hemşirelik hizmetlerinin yürütülebilmesi için hemşirelerin, tedavinin türüne ve basamağına uygun olarak önemi ve kapsamı değişen çeşitli becerilere sahip olmaları gereklidir. Bunlar; uygulama, kişilerarası ilişki, iletişim, eğitim verme, danışmanlık ve yönetim becerisidir (Allan, 2007; Okumuş ve Durgun, 2012). Bu alandaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler devam ettiğinden bu beceriler sürekli olarak güncellenmekte ve yeniden tanımlanmaktadır.

FHG tarafından ulusal düzeydeki tüm merkezlerde infertilite hizmetlerinde aynı yüksek standartın sağlanması için profesyonel uygulama standartları geliştirilmiştir. Bu standartlar 5 başlık altında toplanmıştır:

- 1-Profesyonel gelişim ve sorumluluklar: Hemşirenin profesyonel gelişimini sürdürmek için bakım standartlarının sınırlarını kavraması, koruması ve gelişmesini amaçlamıştır.
- 2-Güvenli Çevre: İnfertil çiftlerin güvenli bir çevrede bakım almaları amaçlanmıştır. Kriterler, enfeksiyon kontrolünden tüm işlemlerin doğru olarak yapılmasının sağlanmasına kadar geniş bir yelpazede geliştirilmiştir
- 3-Bakım: Çiftlerin bireysel gereksinimleri doğrultusunda bakım almaları amaçlanmıştır. Bu alanda geliştirilen kriterler, çiftlerin tanı ve tedavi sürecinde ihtiyaçlarını karşılama, rahatlatma, cesaretlendirme ve desteklemeye yöneliktir.

4-Danışmanlık: Bilgi verme ve destekleyici danışmanlık şeklindedir:

5-Etik konular: Bir araştırmaya katılacak çiftlerin, araştırma ile ilgili bilgiyi tam olarak almış ve anlamış olmalarının sağlanması amaçlanmıştır (Wallace, 2008).

FHG, infertilite hemşirelerinin eğitim gereksinimlerini karşılamak üzere, “Fertilite Hemşireleri İçin Özel Yeterlikler (Competences: Specialist Competences For Fertility Nurses)”, “Ovarian Hipersitimülasyonlu Bireyin Bakımı (Caring For Patients With Ovarian Hyperstimulation Syndrome)”, “İntrauterin İnseminasyon ve Embriyo Transferi, Uygulanması (Performing Intra-Uterine İnsemination And Embryo Transfer. RCN Guidance For Fertility Nurses)”, “Transvajinal Ultrasonun Uygulanması (Performing Transvaginal Ultrasound Scanning)”, “Ultrason Eşliğinde Oosit Toplanması Uygulaması (Performing Ultrasound-Guided Oocyte Retrieval. RCN Guidance For Fertility Nurses)” olmak üzere birkaç rehber yayınlamıştır.

Bilgi ve uyarıların hastaya aktarılmasındaki ana unsur hemşiredir. Hastalar her kelimeye ve her ince ayrıntıya kulak verirler. Tedavi sürecinde hem tıbbi hem de kişisel olarak, hemşire ve hasta arasında o kadar çok bilgi alışverişi olmaktadır ki, bu hemşire/hasta ilişkisinin en mahrem olduğu olaylardan biridir (Okumuş ve Durgun, 2012).

İnfertilite hemşireliği ile ilgili bilgi ve beceriler kazanılabilir ve öğrenilebilir, deneyimler zenginleşebilir. Ancak bir hemşireyi hemşire yapan niteliklerin öğretilmesi çok daha zordur. Hemşireler bu özel duruma empati, şefkat ve iletişim becerileri ile donanmış olarak hazırlanmalıdır. Çünkü onlar, ekibin hem lideri hem de üyesi oldukları gibi koordinatör, öğretmen, sırdaş, danışman ve iyi birer dinleyicidir. İnfertilite hemşireleri sabır, araştırma, merak ve sürekli bilgi arama gibi özellikler en üst düzeyde olması gereken hemşirelerdir (Okumuş ve Durgun, 2012). İnfertilite hemşireleri infertil bireylerin yaşadıklarının farkında olmalı, uygun danışmanlık vermeli, suçluluk duygularını anlamalı ve denge kurmalarına destek olmalı, şefkatli ve yetkin olmalıdır (Sherrod, 2004).

İnfertilite hemşireliğinin rol tanımında; bakım verme, araştırma, eğitim, danışmanlık, hasta savunuculuğu, koordinatörlük ve psikolojik destek yer almaktadır (Applegart ve ark., 2008; Ashcroft, 2000; Barber, 1999). İnfertilite hemşiresinin danışmanlık becerileri, güçlü ve duyarlı iletişim becerilerine dayanmaktadır. İyi iletişim becerileri, iyi hasta/hemşire ilişkisi yaratır. Sikluslar başlayıp, ilerleyip, tamamlandığında, hamilelik testleri aşamasına gelindiğinde veya sonuçlandığında, bu beceriler genellikle hastalarla günlük ve bazen yoğun etkileşime dönüşürler. Okumuş ve Durgun’un (2012) aktardığına gibi, Muirhead ve Kikland’a

göre, infertilite hemşireliğinin danışmanlık becerileri destekleyici, bilgilendirici, uygulayıcı ve terapotik olmak üzere dört kategoriye ayrılabilir.

İnfertil bireylerin tıbbi bakım gereksinimlerinin yanı sıra insani bakım gereksinimleri de bulunmaktadır (Dancet ve ark., 2010). İnfertilite hemşireleri, bireyin büyük olasılıkla hiç kimse, hatta doktoru ile bile rahatlıkla konuşamayacağı, paylaşamayacağı duygularına veya sorunlarına sırdaş olabilir. Hemşirelik modeli, bütüncü görüşe dayalıdır. Bakımı, sadece basit anlamda bir semptom yönetimi veya hastalığın bakımından öte, bireyin tüm olarak bakımı şeklinde görür. İnfertilite hemşiresine göre insan bir bütündür (Okumuş ve Durgun, 2012).

2.1.6.2. İnfertilite Hemşirelerinin Görevleri

İnfertilite hemşirelerinin görevleri*

- Bireyin güvenliğini, rahatını ve saygınlığını sağlamak,
- Bireye güven vermek, desteklemek, bireye/ çifte bilgi verilmesini sağlamak,
- İşlemler sırasında asepsi ilkelerini uygulamak ve uygulanmasını desteklemek,
- OPU ve ET uygulamalarına yardım etmek ya da yerine getirmek,
- Beden dilinin yorumu dahil tüm hassas bireysel gereksinimleri değerlendirmek. Örneğin, bireyin daha fazla analjeziye ihtiyacı mı var? Konuşmak mı istiyor, susmayı mı tercih ediyor? Rahat mı? Bireyler sıklıkla embriyo transferini, gebe kalma anı olarak gördüklerinden bu uygulamalar esnasında duyarlık gösterilmeli ve istenildiği takdirde eşlerin her ikisinin de bulunmasına izin verilmelidir. Hemşire; temas, ses, gürültünün kontrolü ve loş bir aydınlatma ile sakinleştirici bir IVF ortamı yaratılmasına yardımcı olur. Uygun ortam yaratıldığında bu işlemler daha az travmatik, stresi azaltıcı ve belki de sonucu etkileyici olabilmektedir.
- Analjezik ve antibiyotik verilmesi için damar yolunu açmak,
- Doktorun istemine uygun olarak ilaçları titizlikle ve kusursuz bir şekilde vermek,
- Güven tazeleme ve bilgilendirmeyi sürdürmek,
- İşlemler sırasında bireye doğru pozisyon vermek,
- İşlemler öncesi, sırası ve sonrasında yaşam bulgularını izlemek,
- Ekipman ve aletlerin uygun şekilde kurulup ayarlanmasını sağlamak,
- Hastayı, iyileşme döneminde dikkatle gözlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak,
- İşlem sonrası iyileşme hizmetini sunmak, sözel ve yazılı bilgilerle taburculuk işlemlerini sonuçlandırmak

* Okumuş H, Durgun Y. Üreme Endokrinolojisi/İnfertilite ve Hemşire. Editörler: Rızk B, Garcia-Velasco J, Sallam H, Makrigiannakis A. İnfertilite ve Yardımla Üreme Teknikleri. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2012.

2.1.6.3. İnfertilite Hemşireliğinde Hemşirelik Yaklaşımlarının Özellikleri

İnfertilite hemşireliğinde hemşirelik yaklaşımlarının özellikleri*
➤ Gelişen, üst düzey bir uzmanlık alanıdır. ➤ Yüksek düzeyde eleştirel düşünmeyi, klinik karar vermeyi ve uzmanlaşmış beceri ve bilgiyi gerektirir. ➤ Bireyin kendi moral ve etik değerlerini anlamasını gerektirir. ➤ Hemşirelik uygulamaları, empati, şefkat ve yargılamayan bir çerçevede sunulmalıdır. ➤ Bireyin savunucusu olarak hemşire, bilgilendirilmiş onam alınmasını sağlamalıdır. ➤ İnfertil birey sadece bir hasta olarak değil, bir insan olarak, bütüncü görüş ile tedavi edilmelidir. ➤ İnfertil bireyler gerçekte çifttir, sonuç her ikisini de ilgilendirmektedir. ➤ Başarının tanımı, gebeliğin tanımından daha geniştir. ➤ Tedaviyi sonlandırmak ve evlat edinmek dâhil tüm seçenekler incelenmeli ve değerlendirilmelidir.

*Okumuş H, Durgun Y. Üreme Endokrinolojisi/İnfertilite ve Hemşire. Editörler: Rızk B, Garcia-Velasco J, Sallam H, Makrigiannakis A. İnfertilite ve Yardımla Üreme Teknikleri. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2012.

2.2. Jean Watson ve İnsan Bakım Kuramı

Hemşirelik bakımının bir modele temellendirilmesi, bakımın hemşirelik bilgisi ile verilmesi bakım sonuçlarının başarısını arttıracaktır. Model kullanımı, bireye verilecek bakımın genel bir çerçevede oluşturulmasını sağlar. Bu sayede hemşire, uygulayacağı modele uygun bir bakış açısı geliştirecek ve yaklaşımlarını modele göre belirleyebilecektir. Ayrıca model kullanımı hemşirelerin ortak bir dile sahip olmasını sağlayacaktır (Blasdell ve ark., 2002; Drenkard, 2008; Gigliotti, 2008).

Paradigma hemşirelik disiplinin neler yaptığını, hemşire olmanın ne demek olduğunu, hemşireliğin diğer mesleklerden farkının ne olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşireliğin bilimselleşmesi ve diğer disiplinler arasında kabul görmesi açısından önemlidir. Mevcut kuramlar ve modeller sınıdıkça, kabul gördükçe hemşirelik paradigması belirginleşecektir. Bu nedenle akademisyen ve klinisyen hemşirelerin mevcut kuram ve modelleri araştırmalarla sınaması ve değerlendirmesi gerekmektedir (Nyatanga, 2005).

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi, Watson'ın İnsan Bakım Kuramına (İBK) dayalıdır. İBK, infertil kadınların anlaşılması, onlara verilecek bakımın çerçevesinin oluşturulması ve hemşirelik girişimlerinin şekillendirilmesinde kullanılmıştır.

İBK, Watson Bakım Bilimi Enstitüsü'nün (2008) kurucusu, Colorado Üniversitesi'nde Hemşirelik Okulu Profesörü ve Bakım Bilimi Başkanı olan Jean Watson tarafından 1975-1979 yılları arasında geliştirilmiştir. Watson, kuramını 1979'da Bakım Bilim ve Felsefesi (The Philosophy and Science of Caring-revize edilmiş 2008) adlı kitabında yayımlanmıştır. Watson görüşlerini, "Hemşirelik: İnsan Bilimi ve İnsan Bakımı- Bir Hemşirelik Kuramı (Nursing: Human Science and Human Care-A Theory of Nursing)" (1988-güncellenmiş 2008), "Postmodern Hemşirelik ve Ötesi (Postmodern Nursing and Beyond)"(1999) kitaplarında anlatmıştır. Watson son olarak "Gizli/Kutsal Bir Bilim Olarak Bakım Bilimi (Caring Science as Sacred Science)" (2005) kitabını yayınlamıştır. Watson'ın yazıları onun bakımı, bütüncülüğü, insan haklarını, sosyal ve global bağlantıları anlama düzeyine göre ilerleme göstermiştir (Fawcett, 2005).

İBK, Watson tarafından çeşitli zamanlarda farklı şekillerde isimlendirilmiştir. Bunlar: "kişilerarası bakım kuramı" (Watson, 1999), "bakım kuramı" (Watson 2005b), "bakım modeli" (Watson, 2001) ve "kişilerarası bakım bilimi" (Watson ve Smith, 2002)'dir. Son yayınlarda kurama "bakım-iyileştirme modeli" olarak atıf yapılsa da (Watson ve Foster, 2003; Lukose, 2011) Watson çalışmalarını "bir kuram, dünya görüşü, felsefe ve disiplinlerarası bir bakım ve iyileşme paradigması" olarak tanımlamıştır (Watson, 2009).

İBK deneysel, estetik, etik ve kişisel bilme yollarını kabul ederek, insanın özgünlüğü ve yaşam deneyimlerinin önemi üzerinde durmaktadır (Watson, 2005a). Watson'a göre birey yaşayan ve büyüyen bir yapı olarak var olmaktadır. Birey basit bir organizma değildir, doğanın bir parçasıdır, ne tamamen fiziksel ne de tamamen ruhsaldır, her ikisinin karmasından oluşmaktadır. Watson'ın birey ile ilgili kavramsal tanımlamaları incelendiğinde; bireyin var oluşsal olarak akıl, beden ve ruh olmak üzere üç alana sahip olduğunu ifade ettiği görülmektedir. Bu alanların birbiri ile uyum içinde olması, bireyin sağlıklı olmasını sağlar. Watson, aklın, bireyin zekası ve anılarına karşılık geldiğini ifade etmektedir (Cara, 2003; Watson, 2008).

Watson ruh kavramını ise, kişinin içsel niteliği, iç dünyası ve manevi özü olarak tanımlamaktadır (Watson, 2008). Ruh, görülemeyen, dokunulmayan ve insanların duygularından oluşan, soyut bir kavram olması nedeni ile de bilim tarafından henüz

kanıtlanamamıştır. Ancak “yok” olarak kabul edilemez. Cara’nın (2003) belirttiğine göre Watson, manevi öz’ün hemşirelik mesleğindeki en önemli unsurlardan biri olduğuna inanmaktadır.

Fawcett’in (2005) belirttiğine göre Watson, kuramının bakım veren ile bakım alan arasındaki kişilerarası süreçte yer aldığını ve hemşireliğin bütününe vurguladığını ileri sürmektedir. Watson’ın İBK, bakımın kişilerarası ilişkiler yoluyla bakım alan ve bakım veren açısından potansiyel bir iyileştirme gücünün varlığına inanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Watson’a göre (2008) hemşirelik süreci, insandan-insana bakım verme sürecidir. Bu süreçte birey-hemşire ilişkisi ile bireyin kendi kendini iyileştirme kapasitesi artabilir ve üst düzeyde bilinçlilik gelişebilir. Watson “girişim” kelimesinin mekanik bir anlamı olduğunu düşündüğü için hemşirelik girişimlerini tanımlamamıştır. Girişimden daha kapsamlı olan uygulamaları “iyileştirme süreçleri” kelimesi ile tanımlamaktadır.

Kuramın çerçevesini; “kişilerarası bakım ilişkisi”, “bakım durumu ve bakım anı” ile “iyileştirme süreçleri” olmak üzere üç ana kavram oluşturmaktadır. İBK, sınırlarının belirgin olması nedeniyle, orta düzey açıklayıcı kuram olarak gruplandırılabilir (Fawcett, 2005). Bu kuram Amerika, Kanada, Brezilya, İspanya, Avustralya başta olmak üzere pek çok ülkede; birçok hastane, sağlık merkezi ve üniversitede; hemşireler tarafından eğitim, uygulama, yönetim ve araştırma alanlarında bir rehber olarak kullanılmaktadır (Watson, 2009).

2.2.1. İnsan Bakım Kuramı’nın Kaynaklandığı Düşünce Sistemi

Watson kuramını, insanlar ve yaşam hakkındaki kendi değer ve inançlarından yola çıkarak geliştirmiştir. Bu değer ve inançlar, onun psikiyatri hemşireliği çalışmaları; eğitim, klinik ve sosyal psikoloji alanındaki doktora çalışmaları ve ziyaret ettiği birçok ülkenin insanları ve kültürlerinden etkilenmesine bağlı olarak gelişmiştir (Fawcett, 2005). İBK’nın gelişmesinde, Watson’ın yaşadığı olumsuz olaylar ve kişisel travmatik deneyimler de etkili olmuştur. Bunlardan biri kaza sonucu bir gözünü kaybetmesi, diğeri ise eşinin ölümüdür. Geçirdiği bu süreçler insanlığa, yaşama ve mesleğine bakış açısını etkilemiş ve iyileştirme süreçlerini algılamasını sağlamıştır (Jesse, 2006).

Watson kuramında kuantum fiziği, metafizik, kişilerarası psikoloji, bilinç kuramı, neoetik (akıl bilimi) kavramlarını kullanmıştır. Başta Carl Rogers’ın çalışmaları olmak üzere, Nightingale, Henderson, Leininger, Selye, Sartre, Peplau ve Yalom’dan etkilenmiştir (Fawcett, 2005).

Watson hemşireleri özel bir sağlık personeli olarak tanımlamaktadır. Nightingale'in ilkelerini koruyarak hemşireliği; sağlığı geliştirici, hastalık durumunda iyileştirici, hastalıkları önleyici ve bakım verici, kişiler arası derin insani bir aktivite olarak tanımlamıştır. Watson, bakımın bir bilim olduğunu iddia etmektedir (Watson, 2008). Bakımı, profesyonel hemşireliğin göstergesi, özü olarak yorumlamakta ve hemşireliğin beşinci ana kavramı olduğunu ileri sürmektedir (Watson, 2008).

Watson, bakımı hemşirenin eşsiz bir birey olarak değerine yanıt vermeye başladığı, diğerlerinin duygularını algıladığı ve bireyi sıradan olandan ayırdığı bir süreç olarak tanımlamaktadır (Watson, 2005a). Watson hemşirelik bakımının, bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışların hastalar tarafından algılanmasıyla etkili olabileceğini belirtmiştir (Watson, 2008). Bakım davranışları, dikkatli dinleme, göz teması kurma, hastayı rahatlatma, hasta sorumluluğu alma, dürüstlük, dokunma, duyarlılık, saygılı olma, sözel güvenceler sunma, fiziksel ve zihinsel hazır bulunma, duygusal olarak açık ve ulaşılabilir olma, hastaya adı ile seslenme, birey merkezli olma, bilgi verme, kültürel farklılıkları dikkate alma şeklinde belirlenmiştir (Finfgeld-Connett, 2008; Watson, 2008).

İBK, “insanların bir nesne olarak tedavi edilemeyeceğini ve kendi benliklerinden, diğer insanlardan, doğa ve evrenden ayrılamayacağı” görüşüne temellendirilmiştir (Fawcett, 2005). Watson'ın yaptığı çalışmalar ve kuramı kullanan diğer araştırmacıların katkılarıyla, İBK giderek gelişmiştir. Sonuçta Watson, hemşireliğin bakım-iyileşme-sağlık disiplini olduğunu bildiren bir paradigma ortaya koymuştur.

Watson'ın İBK'nın genel özellikleri aşağıda belirtilmiştir (Watson, 2008). Kuram;

- Hemşire ve birey için yaşanan deneyimlerin önemli olduğunu, iki farklı birey olarak kişilerarası bir ilişki kurduklarını ve birbirlerinden öğrendiklerini belirtir.
- Akıl-beden-ruh kavramlarını ilişkilendirerek bütüncü bir desteğe önem verir.
- Hemşireliği teknoloji temelli sağlık bakım sistemlerinin ötesine taşıyarak bağımsız hemşirelik uygulamalarının önemli ve değerli olduğunu vurgular.
- Hemşireleri görev odaklı yaklaşımdan uzaklaştırarak, “Hemşirelik nedir?” ve “Hemşire ne yapar?” soruları ile hemşireliğin anlaşılmasına rehberlik eder.
- Her gelişim düzeyindeki bireye uygulanabilir.
- Hemşirelerin tüm rollerine ve uzmanlıklarına uygundur.
- Kurumların işleyiş modellerine uyarlanabilir.

2.2.2.2. İnsan Bakım Kuramının Temel Varsayımları

Birine bakım vermek için;

- a. Kim olduğumu bilmeliyim,
- b. Onun kim olduğunu bilmeliyim,
- c. Kendim ve onun arasındaki boşluğa köprü olabilmeliyim. J.Watson

Daha önce Watson'ın insan bakım bilimi, hemşirelerin katı sağlık doktrinleri ve tedavi merkezlilikten uzaklaşmasını hedeflediği ve kuramın insan bakımına yeni kavrayışlar getirerek bakım merkezli yaklaşımlar üzerinde durduğu belirtilmişti. Bu doğrultuda kuram, bakım bilimi hakkında yedi temel varsayımda bulunmaktadır. Bunlar:

1. Bakım, sadece kişilerarası süreçlerde etkili bir şekilde gösterilebilir ve uygulanabilir.
2. Bakım, bireylerin belirli gereksinimlerinin karşılanmasında memnuniyet oluşturan terapotik iyileştirme süreçlerinden oluşmaktadır.
3. Etkili bir bakım, sağlığı, bireyi ve aileyi geliştirir.
4. Bakım bireyi sadece “o” olarak değil, bir varlık olarak kabul eder.
5. Bakım çevresi, bireyin şu anda ve durumda “ne olduğu değil”, aynı zamanda “ne olabileceğine” verdiği yanıttır.
6. Bakım, tedaviden daha fazla sağlık odaklıdır. Bakım uygulamaları, insan davranışları ile biyolojiyi birleştirdiğinden bakım bilimi, tedavi bilimlerinin bütünüleyicisidir.
7. Bakım uygulamaları, hemşireliğin odağıdır (Jesse, 2006).

2.2.2.3. İnsan Bakım Kuramı'nın Yapısını Oluşturan Kavramlar

İBK'nın kişilerarası bakım ilişkisi; bakım durumu ve bakım anı; iyileştirme süreçleri olmak üzere üç temel kavramı vardır (Fawcett, 2005).

1. Kişilerarası bakım ilişkisi

Watson'a göre, bireylerin akıl-beden-ruh uyumu ile bakım anında, yüksek düzeyde bir enerji oluşmaktadır. Bakım alan ve veren arasında oluşan bu enerji hemşire ve bireyin benliğinde kişilerarası bakım ilişkisini sağlayan bir bağ oluşturmaktadır. Kişilerarası bakım ilişkisi kavramı, hemşire ve birey arasındaki bilimsel, profesyonel, etik, estetik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş alma-verme davranışları ve tepkileridir (Watson ve Smith, 2002; Fawcett, 2005). Kişilerarası bakım, duyarlılık, uyum, doğruluk, güvenilirlik, saygı, empati, içtenlik,

samimiyet, yüksek ahlaki ve etik sorumluluk içerir. Bu yaklaşımla hemşire, bakım, iyileşme ve bütünlük kavramları üzerine odaklanabilir (Watson, 2008).

Bakım ancak, hemşirenin bireyin yaşam alanına veya varoluşsal alanına girdiğinde başlayabilir. Böylece hemşire bireyin varoluş durumunu saptar, bunu hisseder ve tepki gösterir. Bu tepki öylesine kişiye özeldir ki, diğerinin uzun zamandır açığa vurmayı ertelediği duygu ve düşüncelerini açığa vurur. Böylesi bir bakımda hemşire ve birey arasında iç/özel bir akış vardır (Watson, 2005a).

Benlik, kişinin geçmişinden getirdiği kendine, başkalarına ve yaşama ilişkin algılarından ve bu algılarına ilişkin değerlerinden oluşan bir kavramdır. Hemşire ve hasta/sağlam birey, özgün benliklere ve varoluşsal alanlara sahiptirler. Varoluşsal alan, bireyi birey yapan, sadece ona özel yaşadığı deneyimleri, duyguları, düşünceleri, manevi inançları, amaçları, beklentileri ve kendini algılayışının bütününden meydana gelmektedir. Hemşireler, hasta/ sağlam bireyin varoluşsal alanlarını aşağıda verilen soru örnekleri ile tanımlayabilir ve bireye daha kolay ulaşabilirler (Cara, 2003):

- Bana kendinden bahseder misin?
- Yaşam deneyimlerini paylaşıyor mısın?
- Bedensel olarak hissettiklerini anlatır mısın?
- Kültürel ve manevi inançlarından bahseder misin?
- Hedeflerin ve beklentilerin konusunda beni bilgilendirir misin?

Hemşire ve bireyin fiziksellik ötesindeki varoluşsal alanları birleşerek, bakım-iyileşme alanına dönüşmektedir. Hemşire ve birey birbirlerinden etkilenmektedir. Bu şekilde meydana gelen kişiler arası bakım ilişkisi, hemşire ve bireyin birbirini anlamasını kolaylaştırmaktadır.

2. Bakım Durumu ve Bakım Anı

Bakım durumu, insandan-insana bir yapıda hemşire ve bireyin, yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarında bütünleşme yoluyla oluşmaktadır. Bu bütünleşme birbirini anlamayı sağlayarak bireyin iyileşmesine yardımcı olmaktadır (Watson, 1999). Bakım anı, hemşire ve bireyin nasıl bir iletişim biçiminde olacaklarına karar verme fırsatı sunar. Bakım anı oluştuğunda bu süreç derin ve içsel bir etkileşim sağlayarak, bakım alan ve verenin bakımdan memnun olmalarını sağlar (Watson, 2006; 2007).

3. İyileştirme Süreçleri

Watson başlarda hemşireliğin özünü “iyileştirici” faktörlerle açıklamıştır. Son yayınlarında iyileştirici faktörleri geliştirerek, “iyileştirme süreci”ni tanımlamıştır. Watson kuramını, postmodern hemşirelik görüşünü yansıtan “iyileştirme” kavramına oturtmuştur (Watson, 2007). Bu süreçlerin içi sevgi, takdir ve değer kavramlarıyla doludur. Hemşire bireye yaklaşımında, bu kavramları içselleştirmiş olarak kullanmalıdır (Fawcett, 2005).

İyileştirme süreçleri, hemşirelik için bir rehberdir. Bu süreçler, tıbbın tedavi edici faktörlerine karşın, hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici yönünün ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Watson, 2005b). İyileştirme süreçleri, hemşirelik bilimi ve sanatında hemşireliğin “özü” ve iyileşme ve bakım sonuçları için yapılan uygulamaların “temeli” olarak kabul edilmektedir (Watson, 1999).

İyileştirme 10 süreçten oluşmaktadır. Bunlar: (1) hümanistik-adanmışlık değerler sistemi, (2) inanç ve umudu aşmak, (3) kendine ve bireylere duyarlı olmak, (4) yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirmek, (5) duygu ve hislerin ifadesi/kabul ve desteklenmesi, (6) yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanmak, (7) öğretme-öğrenme, (8) iyileşme çevresi oluşturmak, (9) temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardım, (10) gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermektir (Tablo 1). Bu süreçler sınırlayıcı ya da kuralcı değildir, birbirleriyle sıkı ilişki içindedirler. Süreçler ayrı ayrı olduğu gibi, bir bütün halinde de uygulanabilir. Bazı durumlarda bir sürece yönelik yapılan uygulamalar, diğer bir sürecin ele alınmasını sağlayabilir. Hümanistik-adanmışlık değerler sistemi bakım biliminin ilk ve en önemli sürecidir ve diğer süreçlerin içinde de bulunabilir. İlk üç süreç bakım biliminin felsefi yapısını oluşturmak üzere etkileşim halindedir (Watson, 1999).

Watson’ın iyileştirme süreçleri kullanılarak verilen bakım, hastalık modeline göre uygulama yapmaktan ya da tıbbın istemlerini yerine getirmekten oldukça farklıdır. Bu yolla verilen bakım, hemşireliği doktor istemlerini yerine getirmekten öte bir noktaya taşıyarak, hemşireliğin özünü daha görünür kılmaktadır. Bu yolla verilen bakım, bireylerin bütüncü olarak ele alınmasını sağlayarak, hasta memnuniyetini ve güvenliğini de artırmaktadır. Bu süreçler, hemşirenin sezgileri dahil, sahip olduğu tüm bilme yollarını kullanmasıyla bireyin en iyi sonuca ulaşmasını sağlar (Watson, 2008).

Watson invaziv girişimleri red etmemektedir. Bakımın sadece invaziv girişimlerden ibaret olmadığını, geleneksel yaklaşımlardan çok ileri bakım iyileşme yollarının

kullanılmasını önermektedir. Bu yollar kuramda “İyileştirme Süreçleri” olarak görünmektedir. Hemşire invaziv girişimleri uygularken bakımını iyileştirme süreçlerine göre şekillendirmelidir. Kuramda önerilen kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri aşağıda yer almaktadır (Fawcett, 2005):

1. İşitme yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Müzik, doğa sesi, melodi, ilahi şarkılar gibi.
2. Görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Işık, renk, biçim, doku ve sanatsal çalışmalar.
3. Soluk alıp-verme gibi solunum yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Aromaterapi, temiz havayı içine çekme.
4. Dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Akupresür (bedenin belli noktalarına bası uygulayarak manipüle edilmesi tekniği), beden terapileri, dokunma, refleksoloji (ayaklardaki refleks noktalarının uyarılmasıyla çeşitli iç organlarda cevap elde etme tekniği) ve terapötik masaj.
5. Tat alma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Diyetin düzenlenmesi ile besinlerle doğal yoldan yeterli miktarda alınamayan destekleyici maddelerin alınması.
6. Ruhsal-bilişsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Akıl ve hayal etmenin önemine odaklanma.
7. Kinestetik yöntemlerin bilinçli kullanımı: Temel deri bakımı, masaj, hareket, dans, yoga.
8. Fiziksel, psikolojik ve terapötik yapıya odaklanan bir yöntem olarak, bakım bilincinin kullanımı.

Tablo 1. Tedavi Edici İyileştirme Süreçleri ve Hemşirelik Yaklaşımları

İyileştirme Süreçleri	Kavramlar	Hemşirelerin Düşünce Biçimleri	Bakım Önerileri İyileştirme Bilinci
Süreç 1 Hümanistik ve adanmışlık (alturistik) gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye, sevgiyle, şefkatle yaklaşma (hümanistik-adanmışlık değerler sistemi)	Sevgi İyilik İlgi Bağışlama Empati Etik	Bu birey kimdir? Onun kişisel öyküsüne yakından katılıyor muyum? Kişisel değerlerini nasıl netleştirebilirim? Bakımı nasıl yapabilirim?	Benlik, diğerleri, çevre ve evrenle bağlantı kurmaya açıklık Diğerlerinin bakımı ve öz-bakım modelleri Kendinin ve diğerlerinin eşsizliğini/tekliğini onaylamak İyiliğe yönelik eylemleri tasdik etmek Kendinin ve diğerlerinin yetenek ve becerilerini onurlandırmak Kendinin ve diğerlerinin hassas yönlerini fark etmek İyilik ve sevgiyle kendini ve diğerlerini tedavi etmek Başkalarıyla ilgili konuları içtenlikle dinlemek Kendini ve başkalarını olduğu gibi kabul etmek Kendine ve diğerlerine olan saygısını göstermek Diğerlerini kulak vermek ve dinlemek Şefkatle diğerlerini iyileştirmek Diğerlerine saygı göstermek Kendinin ve diğerlerinin insani değerlerini onurlandırmak
Süreç 2 İnanç ve umudu aşılama ve karşısındakini onurlandırma (İnanç-umut)	İnanç Umut Bireysel inançlara saygı	Bu hasta için bu bakım ilişkisinin anlamı nedir? Bu duruma hangi sağlık olayı neden oldu? Ona bakım vermek için	Sessizlik, yansıtma ve ara vermek için fırsat yaratma Diğer bireylerin kendilerine inanmalarına yardım etmek Diğerlerinin inançları hakkında bilgi sahibi olmak ve inançlarını

	hangi bilgilere sahip desteklemek olmalıyım? Bu sağlık Diğerlerinin umudunu deneyiminin nasıl bir desteklemek şey olduğunu hayal İnsanları bir obje olarak değil bir edebilir miyim? Umut birey olarak görmek etmesi ve inanç Diğerlerinin hayata tutunma geliştirmesi için onu yeteneklerini cesaretlendirmek güçlendirebilir miyim? Uygun göz teması ve dokunmayı kullanmak Bireylere tercih ettikleri isimlerle hitap etmek Hayatı çözülmesi gereken bir problemden ziyade keşfedilmesi gereken bir gizem olarak görmek Bakım planı içinde diğerleri için anlamli ve önemli olanları, diğerlerinin inançları ve değerleriyle birleştirmek
Süreç 3 Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olmak (Duyarlılık)	Manevi destek Büyüme ve gelişme Bilinçlilik Onun manevi gereksinimlerine ve ruhsal bakımına nasıl katılabilirim? Başkalarının deneyimleri benim sevecenliğimi besler mi? Bakımın farklı yollarını bulabilir miyim? Ona karşı nasıl duyarlı olabilirim? Öz-yansıtmayı uygulama (günlük tutma, dua etme, meditasyon); birinin duygularını, kendini geliştirmek için inanç ve değerlerini keşfetmeye gönüllü olduğunu göstermek. Temel manevi bir seviyede kendini ve diğerlerini kabul etmek “Görevleri” iyileştirme etkileşimi içinde dönüştürmek Kendini ve diğerlerini bağışlama becerisini göstermek Diğerleri ile içtenlikle ilgilendiğini göstermek Bir insan olarak, bireyin ve diğerlerinin esas özüne değer

			vermek Minnet, bağışlama, merhamet ve teslimiyeti sağlamaya yönelik anlamlı ritüelleri geliştirmek
Süreç 4	Yardım	Bu insanın özel alanına	Koşulsuz sevgi ve saygı ile
Yardım edici-güven verici	etmek	nasıl girebilirim? Bu	diğerlerini kabul etmek
bakım ilişkisi geliştirme	Güven	yaşam deyiminden	Yargılamayan bir tutum
(Yardım-güven ilişkisi)	İyileştirici	anlam bulmasına	sergilemek
	iletişim	yardımcı olmak için	Diğerlerinin yaşam
		nasıl bir bakım ilişkisi	deneyimlerine uygun şekilde
		kurmalıyım? En iyi	onlara cevap vermek
		hangi bakım şekilleri	Otantik bir yapıda uygulamalar
		ile bu bireyi kabul edip,	yapmak: Etkileşim sırasında
		onaylayıp, bakımını	gerçekten içten ve dürüst olmak,
		sürdürebilirim? Bu	açık ve hassas olmak
		insanın kaygılarını	Gereksinime göre açık olmak
		bana aktarmasına	Kendinin ve diğerlerinin iletişim
		yardım etmek için	stilllerinin (sözel veya sözsüz)
		hangi stratejileri	farkında olduğunu göstermek
		kullanabilirim? Kendini	Saygılı, yapıcı ve doğrudan
		toparlaması ve öz-	iletişim sağlamak: sağlıklı
		iyileşmesi için nasıl	büyümeyi destekleyici
		yardımcı olabilirim?	aktivitelerde bulunmak; proaktif
			problem çözücü olmak; sağlıklı
			yaşamı destekleyici, etkili, sevgi
			dolu bir iletişim sağlamak;
			maksimum bağımsız ve bireysel
			olarak özgür aktivitelerde
			bulunmak; güvenli, etik, olgun,
			sağlıklı büyüme deneyimlerini
			geliştirici aktivitelerde bulunmak.
			Bireylere kendileri hakkındaki
			konularda konuşmak için en iyi
			zamanı seçmelerine izin vermek

Süreç 5 İnsanların öykülerini gerçekten dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların kabul edilmesi ve desteklenmesi (duygu ve hislerin ifadesi)	Duyguları desteklemek	Onun kaygılarını ifade etmesini nasıl sağlayabilirim? Bu birey nasıl hissetmeli? Acısını nasıl göstermeli? Onun kültüründe acı, keder hakkındaki gelenekler nelerdir? Öyküsündeki gizli desenler nelerdir? Bunu kendi sağlık probleminin derin anlamını anlaması için kullanabilir miyim?	Duygu ve deneyimlerin açığa çıkartılmasını desteklemek İçinde bulunan durumun iyi yönlerini fark etmelerine yardımcı olmak Olumsuz duygularla baş etmek için bireylere yardım etmek ve onaylamak Uygun şekilde manevi rahatlama ve dua etmeyi önermek Aktif dinlemeyle bireyin benliğinden enerji akışına izin vermek İçsel bir yolculuk şeklinde iyileşmeyi tasdik etmek Anlamanın bir yolu olarak hikaye/öykü anlatmaya teşvik etmek
Süreç 6 Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma (Problem çözme)	Problem çözme, Sezgi Yaratıcılık Hemşirelik süreci	Bu durum ve bu kişinin eşsizliği nedir? Bu olay onun günlük yaşam şeklini ve rollerini nasıl etkiledi? Bakım kuramını ona ve onun durumuna nasıl uyarlayabilirim? Bu durumu benim önceki deneyimlerimle nasıl karşılaştırabilirim? Ele alınması gereken önemli konular nelerdir? Ona sorunlarını çözmesinde nasıl yardım edebilirim? Hangi iyileştirme yöntemleri uygun olur?	Estetik, etik, kişisel, metafizik ve empirik bilme yollarını yaratıcılık ile entegre etmek, bakım bilimi ve sanatının tamamen ortaya çıkması için kritik düşünmeyi kullanmak Soru sorması için diğerlerini cesaretlendirmek Yaşadıklarından/hayatından/şu anki durumdan yeni anlamlar çıkarması için alternatif yollar bulmasına yardım etmek İyileştirici dokunma; ses, otantik olma; sanatsal dışavurum, sanat terapisi; günlük tutma; oyun-mizah-eğlence; doğallık; müzik; hazır olma; nefes alma; gevşeme/hayal

			kurma/imağınasyon; gönüllülük; uygun göz teması; gülümseme/ pozitif davranış; aktif dinleme; ışık/sesten koruma gibi.
Süreç 7	Etkili	Bu hasta/birey	Diğerlerinin yaşam
Bireysel gereksinimlere ve	öğretim	deneyimlerinin neler	deneyimlerini anlatmaları için
anlama stiline uygun	Bilgi	olduğunu anlayabilir	tüm varlığıyla aktif dinlemek
öğrenme ve öğretmeyi	gereksinimi	mi? Bu hasta/birey	Sakin, dingin bir şekilde
sağlama (Öğretme- öğrenme)		kendi seçimlerinin ve	konuşma ve saygılı olmak ve
		sonuçlarının farkında	diğerlerine tüm dikkatini vermek
		mı? Hangi bilme	Diğerlerinden öğrenmek için
		yollarını tercih ediyor?	önce araştırmak, onların dünya
		Bilgiyi onun öz-bakım	görüşünü anlamak, sonra
		ve iyileşmesini	paylaşmak, koçluk yapmak ve
		artıracak şekilde nasıl	bilgi vermek, diğerlerinin
		paylaşabilirim?	gereksinimlerini karşılamak için
		Gereksindiği bilgi ve	seçenekler sunmak
		beceriye nasıl	Bireyleri öğrenmeye
		kazandırabilirim? Öz-	isteklilikleri, bilgi düzeyleri ve
		yeterliğini nasıl	anlama kabiliyetleri ile oldukları
		geliştirebilirim?	noktada ve oldukları gibi kabul
			etmek.
			Birlikte yaratıcı, işbirlikçi, ortak
			olmak
			Diğerlerinin kendi
			sağlıkları/hastalıkları hakkındaki
			düşüncelerini anlamalarına
			yardımcı olmak
			Diğerlerine kendi
			sağlıkları/hastalıkları hakkında
			neler bildiklerini sormak
			Sağlık personeline sormak
			istedikleri sorulara ilişkin konu
			ve sorularına ifade etmeleri ve
			düzene sokmaları için yardımcı

			olmak
Süreç 8 Fiziksel ve ruhsal benlik için bireysel bütünlüğe saygılı iyileşme çevresi oluşturma (İyileşme çevresi)	İyileşme çevresi Çevre	Onun rahatını sağlamak ve sürdürmek neden önemlidir? Çevre, sesler ve kokular onun için ne anlama geliyor? Bu duruma iyileştirme yöntemlerini nasıl dahil edebilirim?	Bireylerle bağlantı kurmak için ortam yaratmak Bakım-iyileştirme bilincine sahip olmak Bakım planı oluşturmak İyileşme çevresi oluşturmak: bireyi eşsiz bir insan olarak görmek, ışık, sanat, su, ses, temizlik, beslenme, güvenlik, el yıkama, konfor, mahremiyet, güzellik Diğerlerinin rutinleri ve ritüellerini öğrenmek Diğerleri için ulaşılabilir olmak Diğerleri konuştuğunda dikkat kesilmek Diğerlerinin gereksinimlerini önceden görmek
Süreç 9 Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma (Gereksinimlere yardım)	Bütüncü bakım	Süreç mi yoksa sonuç odaklı mıyım? Durumunu düzeltmek için gereksinimlerini karşılayabilir miyim? Onun yaşamındaki destekler nelerdir? Destekleri onun bakımıyla nasıl ilgilidirler? Hangi bakım/iyileştirme tarzları onun bakımı için uygundur? Onu onurlandırabilir miyim? Ahlaki bir fikir olarak	Bireyleri entegre bir bütün olarak görmek Bireylerin eşsiz bireysel gereksinimlerine saygı duymak Bireylere mümkün olduğunca konfor sağlamak Daha az endişeli olabilmeleri için yardım etmek Bireylerin ailesi, sevdikleri ve önemsedikleri insanlara duyarlı olmak Mahremiyet gereksinimlerine saygı duymak Bireylerin eşsiz gereksinimlerine ve dünyayı algılamalarına saygı

		onurlu bir bakımı uygulaması nedir?	göstermek Aile ve önemli bireylerle ilgili olmak Diğerlerinin uyku, gevşeme ve iyileşme gibi özel gereksinimlerine yardım etmek Aile ile açık ve yakın bir biçimde konuşmak Diğerlerinin bedenlerini yaşamdaki gizli güçler gibi dikkatli biçimde tedavi etmek
Süreç 10 Gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermek (Güçlere olanak sağlama)	Mucizelere/ gizemlere inanma Manevi gelişim	Bu birey kendisi ve diğerleri için geleceği nasıl görüyor? Onun deneyimlerinden anlam bulabilmesi ve kendi hayatı ya da ölümü hakkında iyi kararlar alabilmesi için ne yapabilirim? Onun ve benim için bu durumdan çıkartılacak yaşam dersleri nelerdir? Hangi ruhsal bakım bu hasta için yararlıdır?	Bilinmeyenlerin ortaya çıkmasına izin vermek Yaşam paradoksuna katılmak Mucizeleri önceden görmek ve kontrolü ele geçirmek Umudu desteklemek ve büyütmek Uygun bir şekilde bakım anına katılmak ve paylaşmak Birinin kendi ve diğerlerinin içsel duygularını kabul etmek Kendin ve diğerleri için önemli olan şeyleri bilmek Diğerleri için anlamlı olan şeylere saygı göstermek Yaşamın var olduğu her durumun iyilik ve sevgi ile dolu olduğuna inanmak Bazı yaşam olaylarının anlaşılmaz olduğunu kabul etmek.

*Bu tablo, başta Jesse olmak üzere parantez içinde yer alan tüm yazarlardan derlenip kısaltılarak hazırlanmıştır (Carson, 2002; Gallagher-Lepak ve Kubsch, 2009; Jesse, 2006; Watson, 2007; Sitzman ve Eichlberger, 2011).

2.2.4. İnsan Bakım Kuramının Araştırma ve Uygulamaya Yansıması

Literatür, son 15 yılı kapsayacak şekilde taranarak, klinik uygulamada İnsan Bakım Kuramı'na dayalı olarak yürütülen araştırmalar incelenmiştir. Türkiye'den bir araştırmaya, uluslar arası düzeyde pek çok araştırmaya ulaşılmış, uluslar arası çalışmalar için dili İngilizce olan ve tam metinleri bulunan çalışmalar incelenmiştir. İngilizce dışında İspanyolca, Çince, Japonca, Fransızca pek çok kaynak, dil sınırlamasından dolayı incelenememiştir.

Ülkemizde yapılan tek araştırmada, Erci ve arkadaşları (2003), hipertansif hastalarda, Watson'ın İBK'nı kullanarak gerçekleştirilen hemşirelik bakımının, kan basıncı ve yaşam kalitesine etkilerini incelemişlerdir. Araştırmacılar tarafından hipertansif hastalara bakım veren hemşirelere, kurama ve terapötik iyileştirme süreçlerine ilişkin eğitim verilerek hazırlık yapılmıştır. Araştırma sonucunda bakım modelinin bireylerin kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olduğu ortaya konmuştur. Araştırmacılar Watson'ın Bakım Modelini hipertansif hastalarla çalışan hemşireler için rehber olarak önermişlerdir.

Ulaşılan uluslar arası çalışmaların ikisi İBK'na dayalı yürütülen çalışmaları inceleyen sistematik derlemedir. Sistematik derlemelerden biri 40 çalışmayı diğeri ise sadece Brezilya'da yapılmış 34 çalışmayı kapsamaktadır. Ulaşılan diğer çalışmalar bu sistematik derlemelerde yer almamaktadır.

İBK'na dayalı olarak yapılan araştırmalara göre; kuramın, hemşirelere daha etkili ve bilinçli bakım sağlamada yararlı olacağı (McCutcheon ve ark., 2005), bireylerin bakımı algılamaları, hasta ve hemşire başarı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı artışlar sağladığı (Carson, 2004; Childs, 2006; Clark, 2003; Drenkard, 2008; Hemsley ve ark., 2006; Siegrist, 2008), kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olduğu (Erci ve ark., 2003), ağrı, anksiyete, depresyon gibi semptomları azalttığı (Mullaney, 2000; Lukas 2004), romatoidli bireylerin bakım gereksinimlerini karşıladığı (Nyman ve Lutzen, 1999), yaşlıların yaşam kalitesi ve manevi iyilik düzeylerini artırdığı (Pipe ve ark., 2010) ve palyatif bakımda aileler ve hastalar açısından olumlu sonuçları olduğu (Mahler, 2010), hemşirelerde rol model davranışların belirlenmesinde (Perry, 2009) ve öz-bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olduğu (Hernandez, 2009), iş sağlığı (Noel, 2010), çocuk sağlığı (Sessanna, 2003) ve yaşlı sağlığı hemşireliği uygulamalarına rehber olabileceği (Bernick, 2004) saptanmıştır. Ayrıca İBK'nın hemşirelik öğrencileri için bakım eğitim programlarının oluşturulması ve değerlendirilmesinde etkili olduğu (Wu ve ark., 2009), hemşirelik eğitiminin kalitesini ve sonuçlarını olumlu etkilediği ortaya konmuştur (Minnesota Baccalaureate Psikomotor

Beceriler Çalışma Grubu, 2008). İBK'na dayalı olarak geliştirilen ve uygulamada yararlı olduğu ortaya konmuş, bakımın farklı boyutlarını ölçen 28 adet ölçek bulunmaktadır (Watson, 2002).

Son 15 yılda Watson'ın İBK, Amerika'da ve dünyanın pek çok yerindeki hemşirelik programlarında ve hastanelerde, oldukça özel yollarla hemşirelik uygulamalarını değiştirmek için bir rehber olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalara göre kuram, uygulandığı akademik ve klinik ortamlarda hemşirelik kültürünü değiştirmektedir.

2.3. Ölçek Geçerlik ve Güvenirliği

Bir araştırmadan elde edilecek sonuçların geçerli olmasını sağlayan en önemli etken, incelenen konuyu ölçebilecek en uygun ölçüm aracının bulunmasıdır. Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında son yıllarda giderek artan oranda, bilgi, tutum ve davranışları değerlendirmek amacıyla, uluslararası kabul görmüş ve üzerinde bilgi birikimi bulunan ölçekler kullanılmaktadır.

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek, o kültüre özgü kavramlaştırma ve örnekleme özelliklerini taşır. Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından dolayı o ölçeğin doğasını değiştirmektedir. Bu farklılıkları en aza indirmek için ölçek uyarlaması yapılmalıdır. Uyarlama çalışmalarında her ölçme sonunda standart bir ölçme aracı elde etmek için geçerlik ve güvenirlik olmak üzere iki temel psikometrik özelliğe ilişkin bilgi aranmaktadır (Tavşancıl, 2010).

2.3.1. Geçerlik

Bir veri toplama aracının ölçmek istenilen özelliğe uygun olması, ölçümü kurallara uygun yapması ve ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtması durumu “geçerlik” olarak tanımlanmaktadır (Şencan, 2005). Ölçme araçlarının geçerliğini değerlendirmek amacıyla farklı yöntemler kullanılmaktadır. Geleneksel olarak, geçerlik türleri, kapsamla bağlantılı, ölçütle bağlantılı ve yapıyla bağlantılı geçerlik olarak sınıflandırılmaktadır (Tavşancıl, 2010).

2.3.1.1. İçerik / Kapsam Geçerliği

İçerik/kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği durumudur. Öncelikle ölçeğin dil geçerliğinin yapılması gerekmektedir.

Dil geçerliği

Ölçek uyarlamanın ilk adımı ölçeğin ilgili anadile çevirisidir. Aksayan ve Gözüm (2002), kültürler arası ölçek uyarlaması yapılırken; çeviri sürecinde; çevirmen seçimi, çeviri tekniği ve geri çeviri gibi konulara dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Çevirmenler, her iki dili akıcı bir şekilde kullanabilen her iki kültürü de yakından tanıyan kişilerden seçilmelidir. Çeviri tekniğinde, orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken kullanılan geri çeviri yöntemi zaman alıcı olmasına rağmen, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için en sık kullanılan yöntemdir. Geri çeviri yöntemi; ölçek ana dilden uyarlama yapılacak olan dile çevrildikten sonra tekrar ana diline çevirip anlam yönünden değerlendirilmesi durumudur (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Dilde geçerlik sağlanan ölçek, içerik/kapsam geçerliğinin sağlanması için uzman görüşüne sunulur. Uzman görüşünde maddelerin ölçülmek istenilen özelliği temsil edip etmediğini belirlemek için, hakem olarak kabul edilen, konuyla ilgili uzmanların görüşüne sunulur ve değerlendirilmeleri istenir. Uzmanlar, ölçek maddelerini açıklık, anlaşılabilirlik, kültüre uygunluk yönünden 1=Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerekiyor; 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4=Çok uygun; şeklinde değerlendirmektedir (Şencan, 2005). Uzmanların verdikleri puanların uyumunu ölçmek için yaygın olarak Kendall Uyum Katsayısı (W) kullanılmaktadır. Uzman önerileri doğrultusunda, gerektiğinde ölçek yeniden yapılandırılmalıdır.

Çevirisi tamamlanmış ölçeğin, ölçümün yapılacağı kişilerle benzer özellik taşıyan bir odak grupta uygulanarak maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığının sorulması, belirlenen eksik ve yanlışlar giderilerek ölçme aracına son şeklin verilmesi gerekmektedir. Bu ön uygulama ile ölçeğin teknik geçerliği elde edilmiş olacaktır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

2.3.1.2. Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Bir ölçme aracının diğer bir ölçme aracıyla elde edilen sonuçları verme yeteneği olarak tanımlanabilir ve bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği ne kadar başarıyla yordadığı sorusuna yanıt verir. Uygun korelasyon tekniğiyle bulunan ilişkinin derecesi “geçerlik katsayısı” olarak adlandırılır. Tüm geçerlik sınama yolları arasında tek geçerlik katsayısı veren yöntem ölçüt-bağımlı geçerlik yöntemidir (Tavşancıl, 2010).

2.3.1.3 Yapı Geçerliği

Ölçeğin, ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü gerçekten ölçme yeteneğini gösterir. Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmede faktör analizi, bilinen grup ile karşılaştırma ve çok değerşkenli-çok yöntemli matris yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin içinde en sık kullanılan faktör analizidir. Değerşken sayısını azaltmak, değerşkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmak ve çok sayıda değerşkeni birkaç başlık altında toplamak faktör analizinin temelini oluşturmaktadır (Tavşancıl, 2010). Faktör analizi ikiye ayrılmaktadır. Araştırmacının belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı türüne “açıklayıcı faktör analizi” ve kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi test ettiği türüne “doğrulamalı faktör analizi” denmektedir (Şencan, 2005).

Faktör analizi uygulanırken örneklemin tutarlılığı ve yeterliği dikkate alınması gereken konulardandır. Örneklemin tutarlılığı Bartlett küresellik testiyle, yeterliği ise Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) testi ile ölçülmektedir. Bartlett testi faktör analizi öncesi uygulanması gereken bir küresellik testidir (Ercan ve Kan, 2004). Bu testte $p < 0.05$ ise verilerin faktör analizine uygun olduğu kabul edilmektedir. KMO değerı 0.50’ nin altında ise kabul edilemez, 0.70’ lerde ve 0.60’ larda orta, 0.80’ lerde çok iyi, ve 0.90’ larda mükemmel olduğunu göstermektedir (Şencan, 2005).

2.3.1.4. İç Ölçüt Geçerliği /Alt-Üst Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması

Üç geçerlik grubu dışında kalan ve yaygın olarak kullanılan bir geçerlik çeşidi de iç ölçüt geçerliğidir. İç ölçüt geçerliği ile bir ölçekten elde edilen puanlar, istenen özelliğe sahip olanlarla olmayanları, ölçülen özellik boyutunda, birbirinden ayırt edebilmelidir (Tavşancıl, 2010). İç ölçüt geçerliği; her bir madde için, üst gruptaki yanıtlayıcıların (%27) madde puan ortalamaları ile alt gruptaki yanıtlayıcıların (%27) madde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının değerlendirildiği istatistiksel yöntemdir ve t testi ile analiz edilir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010).

2.3.2. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı sonuçlar verebilmesi, ölçülmek istenen değerşkenin sürekli olarak aynı sembolleri alması, ölçmenin raslantısal hatadan arınmış olmasıdır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Ercan ve Kan, 2004).

2.3.2.1. Zamana Göre Değişmezlik-Kararlılık

a. Test-Tekrar Test Yöntemi

Test-tekrar test yöntemi, bir ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullarda, belirli bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı “r”) -1.00 ile +1.00 arasında bir değerdir. Güvenirlik için katsayının +1.00’a yaklaşması gerekir (Tavşancıl, 2010).

b. Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi

Paralel formlar yönteminde, aynı davranış kalıplarını temsil edebilecek farklı maddeler, iki eşdeğer form oluşturmaktadır. İki formun kapsamlarının, yapısının, zorluk derecesinin, talimatların, puanlamanın, madde sayısının ve yorumlamanın aynı olması gerekir. Formlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenirlik katsayısı olarak yorumlanır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Ercan ve Kan, 2004).

2.3.2.2. Ölçümcü Güvenirliği

Ölçümcü güvenirliği, verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı, birden çok gözlem verisinin bulunduğu durumlarda kullanılır. Gözlemler, iki ya da daha fazla gözlemcinin sonuçları olabildiği gibi (bağımsız gözlemciler arası uyum), aynı gözlemcinin iki ya da daha fazla gözlem elde etmesi (gözlemci içi uyum) şeklinde de olabilir (Ercan ve Kan, 2004).

2.3.2.3. İç Tutarlılık Yöntemleri

İç tutarlılık, ölçekteki maddelerin belli bir kavramsal yapıya sahip olması, maddelerin birbirleriyle ilişkili olarak aynı yapıyı ölçmesi durumudur (Şencan, 2005).

a) Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının, homojenliğinin ölçüsüdür. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin, o ölçüde birbiri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır. Likert tipi bir ölçekte yeterli olabilecek alfa katsayısı, 1’e yakın olmalıdır. Güvenirliğin 0.70-0.80 arasında olmasının, aracın araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir (Şencan, 2005).

b) Yarıya Bölme Yöntemi

Yarıya bölme/split half yöntemi, formu iki eş parçaya bölerek, iki yarının deneklere aynı anda uygulanması sonrası, deneklerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon ile güvenilirlik tahmini yapılmasını sağlar (Tavşancıl, 2010).

c) Madde İstatistikleri

Madde istatistiklerinde madde-toplam puanları ve korelasyonları değerlendirilmektedir. Madde-toplam korelasyonunda her bir ölçek maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak aradaki ilişki değerlendirilir. Eğer bir maddenin toplam puana olan korelasyonu düşük ise, bu o maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü göstermektedir. Maddelerin toplam korelasyon katsayıları .21-.40 ve üzerinde ise ayırt etme göstergeleri o maddenin kabul edilebilir düzeyde olduğu, .40'ın üzerinde ise çok iyi düzeyde işlevsel olduğu anlamını taşımaktadır (Şencan, 2005). Özdamar (1997), madde analizlerinde, ölçeğin toplanabilirlik özelliğinin bozulmaması için, madde-toplam korelasyonlarının negatif olmaması ve .25'ten yüksek olması gerektiğini belirtmesine rağmen bunun kesin bir kural olmadığını da ifade edilmiştir. Uygulamada ise çoğu araştırmacı 0.20 alt seviyesini kullanmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

I. AŞAMA: İNFERTİLİTE ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU VE İNFERTİLİTE UYUM ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ ÇALIŞMASI (METODOLOJİK BÖLÜM)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

“İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği Kısa Formu (İÖYÖ-KF)”nın ve “İnfertilite Uyum Ölçeğinin (İÜÖ)” Türkiye’de geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi amacıyla yapılmış metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezinde uygulanmıştır. Veriler 20 Temmuz-16 Eylül 2009 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

3.3.1. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken ölçeklerin madde sayısı göz önünde bulundurulmuştur. Literatürde ölçek uyarlamasında örneklem sayısının ölçek madde sayısının en az 5 katı, ideal olarak 10 katı olması gerektiği belirtilmektedir (Şencan, 2005). İÖYÖ-KF’nun madde sayısı 10 ve İÜÖ’nin madde sayısı 12’dir. Her iki ölçeğin verileri aynı anda toplanacağı için İnfertilite Uyum Ölçeğinin madde sayısı kriter alınmıştır. Örneklem büyüklüğü madde sayısının 10 katı olacak şekilde hesaplandığında 120 sayısına ulaşılmıştır. Örneklem 120 infertil kadından oluşmaktadır.

3.3.2. Örneklem Özellikleri

<i>Örnekleme Dahil Olma Kriterleri</i>	<i>Örneklemden Dışlama Kriterleri</i>
1. Primer infertilite tanısı almak 2. Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etmek 3. En az üç aydır herhangi bir tüp bebek merkezine başvurmuş olmak 4. 18 yaşın üzerinde olmak 5. Türkçe okuma-yazma bilmek 6. Yardımcı üreme tekniklerinden birini seçmek	1. Sekonder infertilite tanısı almak 2. Kronik bir hastalığa sahip olmak 3. İnfertilite tanısından önce bir psikiyatrik tanı almış olmak 4. 45 yaşın üzerinde olmak 5. Anlama ve algılamada geriliğin olması

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri ve infertiliteye ilişkin verilerini elde etmek amacıyla, konuyla ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 13 sorudan oluşan bir formdur (Ek 1).

3.4.2. Infertility Self-Efficacy Scale (İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği)

Infertility Self-Efficacy Scale (İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği) (Ek 3) Cousineau ve arkadaşları, tarafından infertilite ile ilgili infertil bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal beceri güçleri hakkındaki öz-yeterlik algılarını değerlendirmek amacıyla, 2006 yılında geliştirilmiştir. Dokuzlu likert tipli olan (1-hiç önemli değil-not at all important ve 9-çok önemli- extremely important) ölçek, toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Cousineau ve arkadaşları tarafından 2006'da ölçeğin 10 maddelik kısa formu oluşturulmuştur. Ölçekteki tüm ifadeler pozitif yöndedir. Türkçe uyarlama için kısa formu kullanılmıştır. Ölçeğin kısa formundan 10 ile 90 arasında puan alınmaktadır. Puan yükseldikçe, öz-yeterlik algısı yüksek kabul edilmektedir.

Ölçeğin orijinalinde güvenilirlik katsayısı $\alpha:94$ olarak saptanmıştır. Tara Cousineau'dan ölçeğin Türkçe uyarlamasının yapılmasına ilişkin izin alınmıştır. Ülkemizde infertil bireylerde öz-yeterliliği ölçebilecek bir ölçek bulunmamaktadır. İnfertilitenin psikososyal etkileri ve bireylerin deneyimleri doğrultusunda öz-yeterliliğin ölçülmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle, bu aşamada İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu (İÖYÖ-KF)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

3.4.3. Fertility Adjustment Scale (İnfertilite Uyum Ölçeği)

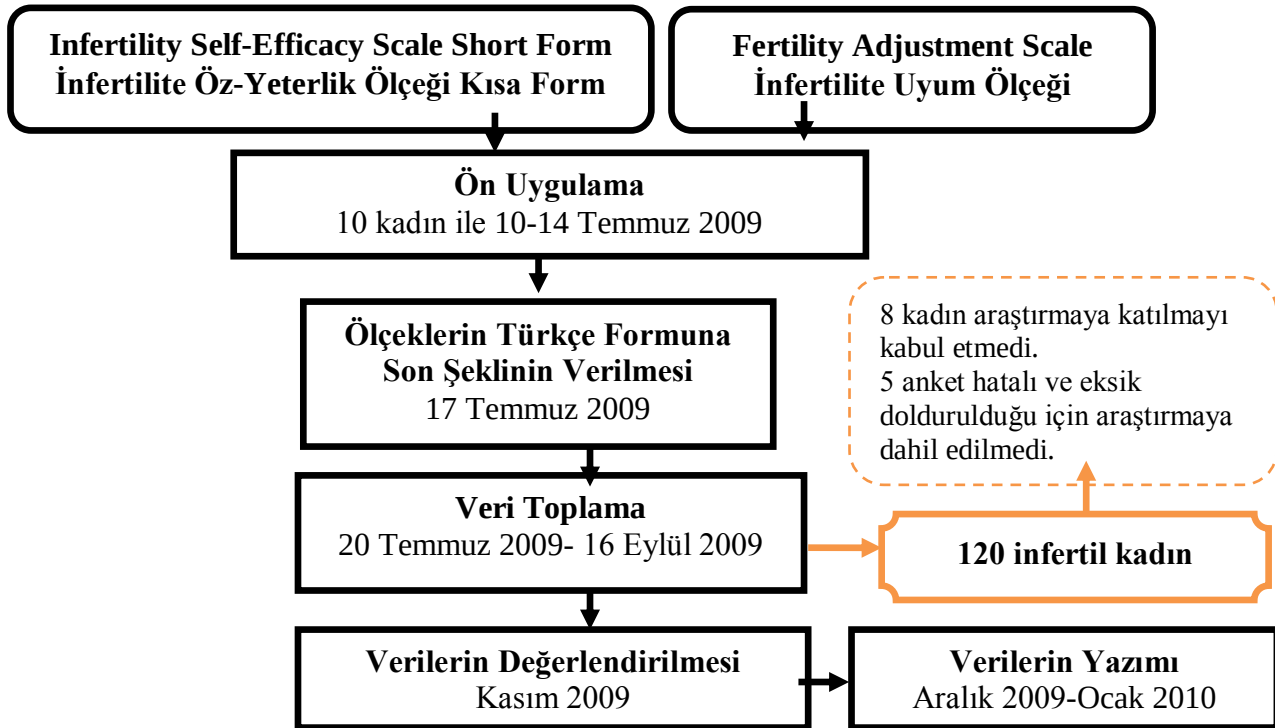
Glover ve arkadaşları tarafından, Fertility Adjustment Scale (İnfertilite Uyum Ölçeği (İÜÖ) (Ek 4), infertilitede psikolojik uyumun ölçümünü standardize etmek amacı ile, 1999 yılında geliştirilmiştir. İÜÖ uyumu; kognitif, davranışsal, emosyonel yönleri içeren heterojen bir kavram olarak ele alınmıştır. İÜÖ, tedavi sürecinin bireylerin psikososyal uyumlarına etkisini ve psikolojik gereksinimlerini değerlendirmede yararlı bir araç olabilir. Klinik bir araç olarak İÜÖ, çiftlerin psikolojik gereksinimlerini saptamak ve fertilite problemlerine uyumu hakkında görüşmek için uygun olabilir (Glover ve ark., 1999).

Bu ölçek altılı likert tipli, 1 (güçlü bir şekilde katılmıyorum) ile 6 (güçlü bir şekilde katılıyorum) arasında derecelendirmesi olan, 12 maddelik bir ölçektir. Minimum ölçek puanı

12, maksimum puanı ise 72'dir. Maddeler pozitif ve negatif ifadeler açısından yanıtları etkilememek adına dengelenmiştir. Pozitif maddeler ters skordur. Toplam skor bireysel maddeler üzerinden skorlanarak elde edilir. Yüksek İÜÖ, yetersiz uyumun endikatörü olarak düşünülür. Ölçeğin orijinalinde güvenirlik katsayısı $\alpha.85$ olarak saptanmıştır. Glover'dan ölçeğin Türkçe uyarlaması için gerekli izin, e-mail yolu ile alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Planı

Araştırmada veriler tüp bebek merkezinin bekleme salonunda ve hemşire görüşme odasında, hafta içi 08:00 ila 16:00 saatleri arasında, infertil kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süresi her katılımcı için 15-20 dk. arasında sürmüştür. Araştırma planı aşağıda verilmiştir.



3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, Statistical Package for Social Science (SPSS) 15.0 yazılım paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analiz yöntemleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Verilerin Analizi	İstatistiksel Yöntemler
<i>Tanımlayıcı Bilgiler</i>	Sayı ve Yüzde
<i>Geçerlik Analizi</i>	
Dil Geçerliği	İngilizce'den Türkçe'ye çeviri, Türkçe'den İngilizceye körlemesine ters çeviri
Kapsam Geçerliği	Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
İç Ölçüt Geçerliği	Alt-Üst Grup Ortalamaları (t- testi)
Yapı Geçerliği	KMO ve Bartlett testleri Açıklayıcı faktör analizi Temel bileşenler analizi (principal component analysis) ve varimax rotasyonu ile
<i>Güvenirlik Analizi</i>	
İç Tutarlık Analizi	Cronbach Alfa Katsayısı Hesaplama Split Half (Spearman Brown Düzeltilmiş Formül)
Madde İstatistikleri	Hesaplama Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları Madde Silindiğinde İç Tutarlık Güvenirlik Katsayıları

İnfertil kadınlara ait sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde kullanılmıştır.

3.6.1. Geçerlik Analizleri

İÖYÖ-KF ve İUÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması için geçerlikte, dil geçerliği, kapsam geçerliği için Kendall İyi Uyuşum Katsayısı, iç ölçüt geçerliği için Alt-Üst Grup Ortalamaları (t- testi) kullanılmıştır.

İÖYÖ-KF'nun yapı geçerliğini belirleyebilmek için elde edilen veriler üzerinde açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. AFA, araştırmacılarca belirlenen maddeler arasından aynı yapıyı ya da niteliği ölçen maddelerin ortaya çıkarılarak gruplanması ve bu anlamlı faktörlerle ölçmenin açıklanmasını amaçlayan bir analiz tekniğidir (Şencan, 2005). Orijinal ölçekte tek faktörlü bir yapı elde edilse de, açıklayıcı faktör analizi yapılmadan temel bileşenler analizi yapılarak bu sonuca varılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun faktör sayısının

belirlenmesi gerektiği için, AFA yapılması kararlaştırılmıştır. İÜÖ'nin yapı geçerliği çalışması yapılmamıştır. Orijinal ölçeğin faktör yapısı incelenmemiştir. Ayrıca infertilite uyum kavramının teorik olarak tek bir kavramı açıkladığı düşünüldüğü için faktör yapısı incelenmemiştir.

İÖYÖ-KF örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile ve analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı ve sıfırdan farklı olup olmadığı Bartlett testi ile değerlendirilmiştir.

Maddelerin ortak faktör varyans değerleri, temel bileşenler analiz sonuçları ve yorumlanabilir faktörler elde etmek için “varimax” döndürme tekniği sonuçları incelenmiştir. KMO testi neticesinde bulunan değer 0.5'in altında ise değişken çiftleri arasındaki ilişkilerin diğer değişkenlerce açıklanamayacağını gösterir ki bu durumda faktör analizine devam edilmez. Korelasyon matrisinin faktörlere ayrılabilirliğinde tahmin edilen KMO değeri 0.60 civarında ise orta, 0.70 civarında ise iyi, 0.80 civarında ise çok iyi, 0.90 civarında ise mükemmeldir. Bartlett testi sonucu sıfır hipotezi red edilir ise, faktör analizine devam edilmektedir (Şencan, 2005).

Faktör sayısına her hangi bir sınırlama getirilmemiş ve özdeğeri (eigen value) 2.00'dan büyük olan faktörler ölçeğe alınmıştır. Genel olarak 0.30 ile 0.59 arasındaki yük değeri “orta”, 0.60 ve üstündeki yükler ise “yüksek” olarak kabul edilir ve değişken çıkartmada dikkate alınır. Literatürde faktör örüntüsünün oluşturulmasında 0.30 ile 0.40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (Özdamar, 2004). Bu araştırmada alt kesme noktası olarak 0.40 kabul edilmiştir.

3.6.2. Güvenirlik Analizleri

Ölçeklerin güvenirliklerini belirlemek üzere madde analizlerine ve iç tutarlık analizine bakılmıştır. İç tutarlık analizi için Cronbach Alfa ve Split Half (Spearman Brown Düzeltilmiş Formül) korelasyon katsayıları değerlendirilmiştir. Cronbach alfa değerlerine göre ölçeğin güvenirliliği şu şekilde yorumlanmaktadır:

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenirliliktir,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Madde analizleri Pearson Momentler arpımı Korelasyonu yöntemi ve madde silindiğinde iç tutarlık güvenilirlik katsayıları ile incelenmiştir. Maddelerin korelasyon katsayısının 0.20 değerin üzerinde olması kriter olarak kabuledilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

İnfertilite ve tedavilerinde etiyolojik olarak cinsiyet faktörü önemli bir değişkendir. Homojenitenin sağlanması için çalışma sadece infertile kadınlarla yürütüldüğünden dolayı sınırlılık göstermektedir. Bunun için ölçeklerin güvenilirliklerinin infertil erkeklerde ve infertil çiftlerle de ayrıca yapılması önerilmektedir. Ayrıca, örneklem bir üniversite tüp bebek merkezinde, ağırlıklı olarak orta eğitim düzeyinde ve düşük-orta gelir düzeyindeki kadınlardan oluşmaktadır. Bu nedenle farklı popülasyonlar için ölçeklerin uygunluğu araştırılmalıdır. Son olarak, ölçeklerin psikometrik uygunlukları daha geniş popülasyonlarla da denenmelidir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bilgiler

İÖYÖ-KF'unun ve İÜÖ'inin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, 120 infertil kadın ile yürütülmüştür.

Araştırma örneklemine alınan infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 31.2 ± 5.7 (min:19- mak:45) ve evlilik süresi ortalama 6.3 ± 4.4 yıl (min:1- mak:23)'dir. Kadınların yaklaşık yarısının eğitim düzeyi okur-yazar ve ilkokul düzeyindedir, %65'i ev kadınıdır. Tamamının sosyal güvencesi olmakla birlikte kadınların gelir düzeyi yarıya yakını (%45.0) 999tl'nin altında gelire sahiptir ve %58.3'ü il merkezinde yaşamaktadır.

İnfertilite süresi açısından incelendiğinde; kadınların ortalama 2.1 ± 1.3 (min:1- mak:11) yıldır infertil olduğu ve ortalama 2.3 ± 1.2 (min:1- mak:5) yıldır tedavi aldıkları saptanmıştır. Bu tedavilerde daha önce ilaç uygulanmış kadın sayısı 35 (%29.2)'dir. Daha önce IVF uygulanan kadın sayısı 59 (%49.2)'dur. Tüm kadınlar arasında en az bir kez IVF uygulama oranı %21.7'dir. Bu kadınların %9.2'si önceden ICSI tedavisi almıştır. İnfertil kadınların şimdiki tüp bebek merkezinde olma nedenleri incelendiğinde; %20.8'inin tetkik amaçlı izlendiği, %7.5'ine indüksiyon uygulandığı, %38.3'ünün IVF, %33.3'ünün ICSI ile tedavi edildiği saptanmıştır.

Tablo 3. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n (120)	%
Yaş		
19-25 yaş	21	17.5
26-35 yaş	73	60.8
36 yaş ve üzeri	26	21.7
Ortalama $\pm$ SD	31.2 ± 5.7	(min: 19-max:45)
Evlilik süresi		
Ortalama $\pm$ SD	$6.3 \text{ yıl} \pm 4.4$	(min:1- mak:23)

Eğitim

Okur-yazar ve İlkokul	55	45.8
Ortaokul	14	11.7
Lise	25	20.8
Lisans ve lisansüstü	26	21.7

Çalışma Durumu

Ev kadını	78	65.0
Çalışıyor	42	35.0

Gelir (TL)

999 TL ve altı	54	45.0
1000-1499 TL	32	26.7
1500 TL ve üzeri	34	28.3

Yaşadığı Yer

İl	70	58.3
İlçe ve belde, köy	50	41.7

İnfertilite Özellikleri**n** **%****Önceden IUI* tedavisi olma**

Evet	59	49.2
Hayır	61	50.8

Önceden IVF tedavisi olma**

Evet	11	9.2
Hayır	109	90.8

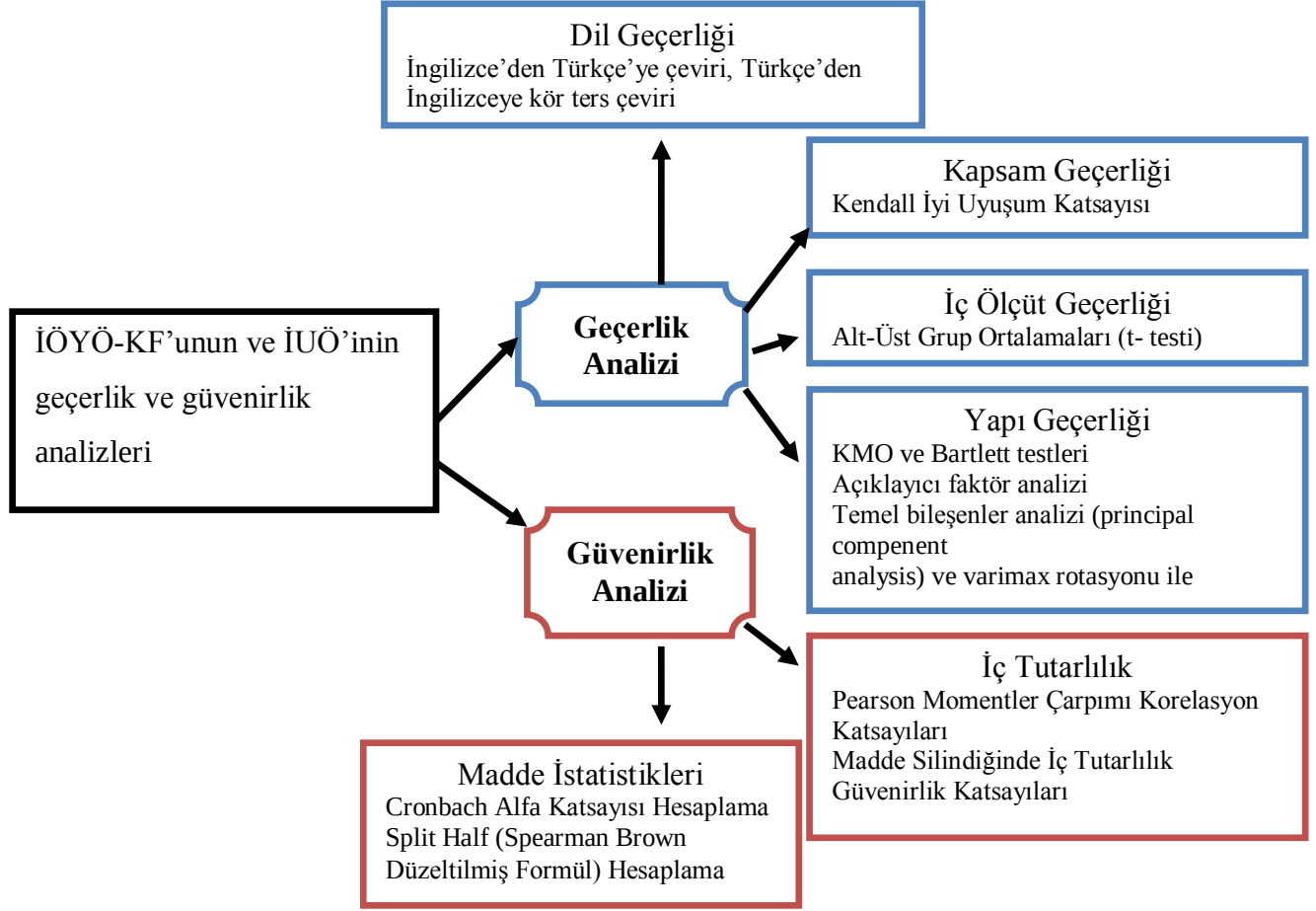
Şimdiki tedavi

İlaç tedavisi	34	28.4
IUI	46	38.3
IVF	40	33.3

*IUI: İntra Uterin İnseminasyon

**IVF: İn-Vitro Fertilizasyon

İÖYÖ-KF'unun ve İÜÖ'ünün geçerlik ve güvenirlik için kullanılan analizler aşağıdaki Şekil 1'de şematize edilmiştir.



Şekil 1. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği-KF ve İnfertilite Uyum Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik analizleri

4.2. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Geçerliği
İÖYÖ-KF'unun ve İÜÖ'ünün geçerliğinin belirlenmesinde dil geçerliği, kapsam geçerliği, iç ölçüt geçerliği ve yapı geçerliği yöntemleri kullanılmıştır.

4.2.1. Dil Geçerliği

İÖYÖ-KF'unun ve İÜÖ'ünün Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik sınamasında ilk olarak dil geçerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle orjinal ölçek araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Ardından üç öğretim elemanı, bir

öğretim üyesi tarafından ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Yapılan çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, ölçeklerin Türkçe formları oluşturulmuştur.

Ölçek dil uyarlamasındaki kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için “kör geri çeviri” yöntemi kullanılmıştır. Ölçeklerin Türkçe formları, ana dili Türkçe olan, daha önceden ölçeklerin İngilizce şeklini görmeyen ve her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan bir uzman (native speaker) tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından değerlendirilerek ölçeklere son şekilleri verilmiştir.

4.2.2. Kapsam Geçerliği

Dil geçerliliği sağlandıktan sonra iki ölçeğin Türkçe formlarının kapsam geçerliğini sağlamak için uzman görüşü alınmıştır. Bir üreme endokrinolojisi ve infertilite uzmanı, psikiyatri alanında uzman akademisyen iki hemşire ve kadın-doğum ve infertilite alanında uzman dört akademisyen hemşire olmak üzere, sekiz uzmandan ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültürel uygunluk yönünden görüş alınmıştır. Konunun amacı açıklandıktan sonra ölçeklerdeki her bir maddenin ölçme derecesini 1-Uygun değil, 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerek, 3=Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor ve 4=Çok uygun şeklinde değerlendirilmiştir. Madde puan ortalamaları incelendiğinde, İÖYÖ-KF'nun maddeleri 3.12-4.00, İÜÖ'nin maddeleri 3.42-4.00 arasında puanlanmıştır.

Verilen puanların değerlendirilmesinde Kendall W (Kendall Coefficient of Concordance) testi kullanılmıştır. İÖYÖ-KF'unun ve İÜÖ'nin maddelerinin uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği konusunda sekiz uzman görüşü, istatistiksel olarak birbiriyle uyumlu bulunmuş (sırasıyla KW=.22, p=.07, KW=.11 p=.20), uzmanlar arasında görüş birliği olduğu saptanmıştır (Tablo 4 ve Tablo 5). Bu görüş birliğinin düzeyi Kendall W değerinin .10-.30 arasında olması nedeniyle, orta düzeyde olarak değerlendirilmektedir (Şencan 2005).

Tablo 4. İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği Kısa Formu’nun Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Maddeler	$\bar{x}$	Sd	Minimum	Maximum
1	3.87	.35	3	4
2	3.62	1.06	1	4
3	3.62	.74	2	4
4	3.12	1.12	1	4
5	4.00	.00	4	4
6	3.75	.46	3	4
7	4.00	.00	4	4
8	4.00	.00	4	4
9	4.00	.00	4	4
10	3.87	.35	3	4
N		W	Sd	P
8		0.22	9	0.07

Tablo 5. İnfertilite Uyum Ölçeği’nin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Maddeler	$\bar{x}$	Sd	Minimum	Maximum
1	3.83	.39	3	4
2	3.58	.67	2	4
3	3.67	.65	2	4
4	3.91	.29	3	4
5	3.91	.29	3	4
6	3.58	.67	2	4
7	3.42	1.08	1	4
8	3.83	.39	3	4
9	3.92	.29	3	4
10	3.50	.80	2	4
11	4.00	.00	4	4
12	3.75	.45	3	4
N		W	Sd	P
11		.11	11	.20

Araştırmada uzmanların puan ortalamalarının yanı sıra, maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiştir. Alınan görüş ve öneriler doğrultusunda İÖYÖ-KF’nun 1., 3., 4. ve 10. maddeleri, İÜÖ’nin 2., 6., 7. maddeleri yeniden düzenlenmiş,

anlam bütünlüğü ve dilde sadeliğin sağlanması için çeşitli ekleme/çıkarmalar yapılarak ölçeklere son şekli verilmiştir.

Ölçeklerin geçerlik çalışması sonrasında bir odak grupta ya da küçük bir grupta maddeleri anlama anlamında ön uygulama yapılması önerilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002). İÖYÖ-KF'unun ve İÜÖ'nin ön uygulaması, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezinde, örneklem grubu dışında olan 10 infertil kadın ile yapılmıştır. Bireylerden anketi anlamakta zorlandıkları maddeler, okunabilirlik ve madde düzenleri açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Ancak okunabilirlik, anlaşılabilirlik ve madde düzeni hakkında öneri gelmediği için ölçek son oluşturulan şekli ile çalışmada kullanılmıştır.

4.2.3. İç Ölçüt Geçerliği

Ölçeklerin İç Ölçüt Geçerlikleri için alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi yapılmıştır. İÖYÖ'KF'nun ölçüte bağlı geçerliğini değerlendirmek üzere, infertil kadınların ölçekten aldıkları puanlar en düşükten en yükseğe doğru sıralanmış, alt ve üst grup olarak ayrılmıştır. Dağılımın %27'ye girenler üst grubu ile %27'ye girenler alt grubu arasında “t testi” yapılmıştır. Ölçekteki üst gruptaki puan ortalamaları ile alt gruptaki puan ortalamaları incelendiğinde, puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-16.63$, $p=0.000$).

İÜÖ'nin ölçüte bağlı geçerliğini değerlendirmek üzere infertil kadınların ölçekten aldıkları puanlar en düşükten en yükseğe doğru sıralanmış, alt ve üst grup olarak ayrılmıştır. Dağılımın %27'ye girenler üst grubu ile %27'ye girenler alt grubu arasında “t testi” yapılmıştır. Ölçekteki üst gruptaki puan ortalamaları ile alt gruptaki puan ortalamaları incelendiğinde, puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-8.39$, $p=0.000$).

4.2.4. Yapı Geçerliği

İÖYÖ'KF'nun yapı geçerliği, AFA yöntemiyle test edilmiştir. Verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, KMO katsayısının 0.80 olduğu, Bartlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($p<0.001$) anlamlı olduğu saptanmıştır. Sonuçta, verilerin faktör analizi için uygun ve yeterli olduğu belirlenmiştir.

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)	.80	
Bartlett testi	Ki kare	217.91
	S.d.	28
	p	.000

İÖYÖ-KF'nun faktör yapısını ortaya çıkarmak üzere açıklayıcı faktör analizi yöntemlerinden temel bileşenler analizi ve varimaks döndürme yöntemi uygulanmış, faktör analizi sonrası toplam varyansın % 40.32'sini açıklayan, özdeğeri 3.23 olan, tek faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Faktör yükleri “Tıbbi işlemler sırasında beni üzen, hoş olmayan düşünceleri görmezden gelebileceğime ve kafamdan uzaklaştırabileceğime inanıyorum” .41 ile “Olumlu tavrımı sürdüreceğime inanıyorum.” .78 arasında değişmektedir (Tablo 6)

Tablo 6. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu Maddelerinin Faktör Yükleri

Maddeler	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
Tıbbi işlemler sırasında beni üzen, hoş olmayan düşünceleri görmezden gelebileceğime ve kafamdan uzaklaştırabileceğime inanıyorum	0.41	% 40.32
Esprî yeteneğimi kaybetmeyeceğime inanıyorum	0.66	
İnfertiliteye ilişkin olumsuz duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum	0.56	
Çevremde gebe arkadaşlarım olması beni üzüyor	0.58	
Öfke veya düşmanlık gibi duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum	0.68	
Olumlu tavrımı sürdüreceğime inanıyorum.	0.78	
Kendimi suçlama, utanma ve kendimi kusurlu bulma gibi duygularımı azaltacağıma inanıyorum	0.69	
Muayene günümü veya test sonuçlarını beklerken rahat olabileceğime inanıyorum	0.65	

4.3. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Güvenilirliği

Bu araştırmada İÖYÖ-KF'unun ve İÜÖ'inin güvenilirliğinin belirlenmesinde madde istatistikleri ve iç tutarlık analizi yöntemleri kullanılmıştır.

4.3.1. Madde İstatistikleri

İÖYÖ-KF'nun 3. (Çocuk sahibi olamama durumumun yaşamımdaki manasını/yerini anlamaya çalışıyorum) ve 4. (Tüm çabalarımızın çocuk sahibi olma durumumu değiştiremeyeceğine inanıyorum) maddeleri madde-toplam korelasyonu sırasıyla; -.133 ve

.184 olarak .20'den düşük bulunduğ u için, bu maddeler ölçekten çıkartılmış tır. Bu maddeler çıkartıldıktan sonra sekiz maddeli ölçeğ in yeniden madde-toplam korelasyonları hesaplanmıştır (Tablo 7). Tablo 7'de görüldüğü gibi İÖYÖ-KF'nun madde-toplam korelasyonu en yüksek 8. madde ($r=0.621$) ve en düşük ise 1. maddenin ($r=0.300$) olduğı u saptanmıştır.

Tablo 7. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeğ i'nin Madde Analizleri

Maddeler	Ortalama (SD)	Madde Toplam Korelasyonu (r)	Madde Silindiğ inde Güvenirlik katsayısı
1. Tıbbi işlemler sırasında beni üzen, hoş olmayan düşünceleri görmezden gelebileceğ ime ve kafamdan uzaklaştırabileceğ ime inanıyorum	2.22 (.95)	.30	.78
2. Espri yeteneğ imi kaybetmeyeceğ ime inanıyorum	2.87 (.94)	.52	.75
5. İnfertiliteye ilişkin olumsuz duygularımı kontrol edebileceğ ime inanıyorum	2.74 (.93)	.42	.76
6. Çevremde gebe arkadaşlarım olması beni üzmüyor	2.89 (1.21)	.43	.76
7. Öfke veya düşmanlık gibi duygularımı kontrol edebileceğ ime inanıyorum	3.11 (1.00)	.52	.75
8. Olumlu tavrımı sürdüreceğ ime inanıyorum.	3.21 (.90)	.62	.73
9. Kendimi suçlama, utanma ve kendimi kusurlu bulma gibi duygularımı azaltacağı ma inanıyorum	3.06 (1.08)	.54	.74
10. Muayene günümü veya test sonuçlarını beklerken rahat olabileceğ ime inanıyorum	2.50 (1.16)	.51	.75

İÜÖ'nin 1. maddesi (Çocuk sahibi oluncaya kadar araştırma ve tedavilerime devam edeceğ im) ve 4. maddesinin (Eş imle çocuk sahibi olamama olasılığ ımız hakkında konuşabilirim) madde-toplam korelasyonu sırasıyla -.07 ve .13 olması nedeniyle ölçekten çıkartılmasına karar verilmiştir. Bu maddelerin dışında Tablo 8'de görülen madde 2'nin (Çocuk sahibi olmanın yararları ve zorlukları vardır) madde-toplam korelasyonu .25'in altındadır. Madde 2 dışında madde-toplam korelasyonu ,30'un altında olan bir tek madde 6 (Çocuğ umun olmayacağı olasılığ ını düşünerek geleceğ imi planlarım) bulunmuştır. Bu iki maddenin ölçekten çıkarılmasına dayanarak hesaplanan cronbach alfa güvenirlik katsayısı değerlendirildiğ inde, önemli bir değ iş iklik olmadığı görülmüştür. Güvenirliği değ iş tirmeyen

ve ölçeği destekleyen maddelerin ölçekten çıkarılmaması önerildiğinden (Özdamar, 2004), bu maddelerin ölçekte kalması kararlaştırılmıştır. Sonuç olarak 10 maddeli ölçeğin madde-toplam korelasyonları yeniden hesaplanmıştır. İÜÖ'nin madde-toplam korelasyonu en yüksek korelasyon gösteren maddesi 8. madde ($r=0.70$) ve en düşük korelasyon gösteren maddenin ise 2. madde ($r=0.20$) olduğu saptanmıştır. Madde analizinde 10 maddenin madde-toplam puan korelasyonları .20 ve üzerinde bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Madde Analizleri

Maddeler	Ortalama (SD)	Madde Toplam Korelasyonu (r)	Madde Silindiğinde güvenirlilik katsayısı
2. Çocuk sahibi olmanın yararları ve zorlukları vardır.	1.50 (.66)	.20	.78
3. Çocuk sahibi olup olamayacağımızdan emin olana kadar gelecek konusunda plan yapamam.	2.81 (1.17)	.35	.76
5. Yaşamımda her şeyden çok kendi çocuğuma sahip olmayı istiyorum.	3.41 (.86)	.32	.76
6. Çocuğumun olmayacağı olasılığını düşünerek geleceğimi planlarım.	2.45 (1.14)	.27	.78
7. Hayatımı adet kanamasına göre yaşıyormuşum gibi geliyor.	2.62 (1.24)	.56	.73
8. Eğer çocuk sahibi olmazsam her zaman kendimi doyumsuz hissedeceğim.	2.26 (1.18)	.70	.71
9. Çocuksuz bir geleceğe uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum.	2.44 (.94)	.52	.74
10. Normal yaşam aktivitelerimi sürdürmem gerektiğine inanıyorum.	1.47 (.67)	.34	.76
11. Çocuksuz bir gelecek düşünemiyorum.	2.52 (1.14)	.65	.72
12. Çocuk olsun veya olmasın, yaşamın bir ödül olabileceğini düşünüyorum.	1.79 (.93)	.50	.74

İÖYÖ-KF'unun ve İÜÖ'nin her bir maddesinin pretest ve posttest olarak madde istatistikleri Ek 5'te verilmiştir.

4.3.2. İç Tutarlık Analizi

İnfertil kadınlarda İÖYÖ-KF ve İÜÖ'nin iç tutarlık analizleri cronbach alfa ve split half değerleri ile yapılmıştır. Analiz sonuçları ve ölçeklere ilişkin bilgiler Tablo 9'da gösterilmiştir.

Cronbach alfa ve split half güvenirlik katsayıları hesaplanırken orijinal madde sayısı (İÖYÖ-KF için cronbach alfa r: 0.71, split half r:0.59 ve İÜÖ için cronbach alfa r: 0.74, split half r:0.69) ve çıkartılan maddelerden sonra elde kalan madde sayıları baz alınarak hesaplanan değerler karşılaştırılmıştır. Ölçeklerin alfa değerlerinin madde çıkartma sonrası arttığı görülmüştür. Sonuç olarak İÖYÖ'nin cronbach alfa değeri 0.78, split half değeri 0.74 olarak saptanmıştır. Ölçeğin puan ortalaması 22.6 ± 5.1 (min:9-max:32) olarak bulunmuştur. İÜÖ'nin cronbach alfa değeri 0.77, split half değeri 0.80 olarak saptanmıştır. Ölçeğin ortalaması 23.3 ± 5.8 (min:11-max:35) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Bu araştırmada split half güvenirlik ölçümünde spearmen korelasyon analizi kullanılmıştır. İÖYÖ-KF'nun split-half güvenirlik katsayısı .74, İÜÖ'nin ise .80 olarak bulunmuştur. Güvenirlik katsayı değerleri .60-.80 arasında olduğu için bu ilişkiler güçlü ilişki olarak yorumlanmaktadır.

Kadınların ölçeklerden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde İÖYÖ-KF'dan 22.6 ± 5.1 (min:9-max:32), İÜÖ'den 23.3 ± 5.8 (min:11-max:35) alındığı görülmüştür (Tablo 9). Ölçeklerin madde ortalamalarına bakıldığında İÖYÖ-KF'nun madde ortalaması 2.82 ± 1.01 (min: 2.22-max:3.22), İÜÖ'nin madde ortalaması ise 2.18 ± 0.95 (min: 1.42-max: 3.41) olarak bulunmuştur.

Tablo 9. İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeklerinin İç Tutarlık Analizleri

Ölçek	Madde sayısı	Alınabilecek Alt ve Üst Puan	Ortalama Puan		Cronbach Alfa	Split half güvenirlik
			$\bar{X} \pm SS$	Min-Max		
İÖYÖ-KF	8	8-32	22.6 ± 5.1	9-32	0.78	0.74
İÜÖ	10	10-40	23.3 ± 5.8	11-35	0.77	0.80

5. TARTIŞMA

İnfertil bireylerin fertilitelerinin kaybı ve tedavi sürecinde yaşadıkları sorunların standart ölçüm araçları ile ölçülemeyeceği, bunun yerine infertiliteye özel araçlara gereksinim olduğunu bilinmektedir (Wischmann ve ark., 2001). Ülkemizde infertil bireyleri değerlendirebilecek ölçek sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle infertiliteye yönelik iki ölçüm aracının geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. İÖYÖ-KF ve İUÖ, kadınların infertilite konusunda hissettikleri öz-yeterliği ve fertilitate kaybına karşın yaşadıkları uyum düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeklerdir. Çalışmanın bu bölümünde bu ölçeklerin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması sonuçları tartışılmıştır.

5.1. İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği’nin Geçerlik Analizine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Ölçeklerin geçerliğini değerlendirmek için dil, kapsam ve yapı geçerlik analizleri yapılmıştır. İlk olarak ölçeklerin dil geçerliği değerlendirilmiştir. Dil geçerliği için çeviri-kör ters çeviri yöntemi kullanılmıştır. Aksayan ve Gözüm (2002) kültürler arası ölçek uyarlaması yapılırken çeviri sürecinde; çevirmen seçimi, çeviri tekniği ve geri çeviri gibi konulara çok dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir. İUÖ’nin İspanyolca’ya uyarlama çalışmasında da, geri çeviride “kör geri çeviri” yöntemini kullanarak ölçeğin İngilizce şeklini bilmeyen bir kişi tarafından geri çevri yapılmış ve bu uygulamanın gerekliliği vurgulanmıştır (Lopes, 2008). İÖYÖ-KF’nun Portekizce’ye uyarlama çalışması yapılmış, ancak yayınlanmış sonuçlarına ulaşamamıştır.

İçerik geçerliği ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğini değerlendirmektedir. Bu amaçla konunun uzmanı kişilerin görüşlerine başvurulmaktadır (Tavşancıl, 2010). Bu çalışmada da ölçeklerin içerik geçerliğini sağlamak amacı ile uzman görüşü alma yoluna gidilmiştir. Aksayan ve Gözüm (2002), uzmanlar arası görüş birliği sağlanmasının, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen alanı yansıttığını ve içerik geçerliğinin sağladığını belirtmektedirler.

İçerik geçerliği için görüş alınması gereken uzman sayısının en az beş olması gerektiği belirtilmektedir (Şencan, 2005). İÖYÖ-KF’nun ve İUÖ’nin içerik geçerliği, psikiyatri hemşireliği alanında uzman iki hemşirelik öğretim elemanı, kadın sağlığı ve hastalıkları alanında uzman beş hemşirelik öğretim elemanı ve bir üreme sağlığı ve infertilite alanında uzman hekim olmak üzere sekiz uzman tarafından değerlendirilmiştir. Uzman görüşüne sunulan formun uzmanların ölçek maddelerini 1-4 veya 1-5 arası puanlayarak

değerlendirmelerini sağlayacak şekilde hazırlanması önerilmektedir (Aksayan ve Gözüm 2002). Bu çalışmada uzmanlar ölçeklere 1-4 arasında puan vermiş, bu puanlar Kendall W testi ile değerlendirilmiştir. Analiz İÖYÖ-KF için $p=0.07$, İÜÖ için ise $p=0.20$ olarak bulunmuştur (Tablo 4 ve Tablo 5). Bu sonuçlar, uzmanların ölçeklerin içerik geçerliliği konusunda benzer görüşlere sahip olduklarını, görüşleri arasında anlamlı bir fark olmadığını ve ölçekleri Türk kültürüne uygun bulduklarını göstermektedir. Ölçek uyarlamasında uzman görüşleri çok önemlidir, çünkü böylece içerik yönünden ölçeklerin kültüre uygunluğu değerlendirilmektedir.

Ölçeklerin iç ölçüt geçerlikleri için alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi yapılmıştır. Ölçekteki üst gruptaki puan ortalamaları ile alt gruptaki puan ortalamaları incelendiğinde, puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-16.63$, $p=0.000$). İÜÖ'nin üst ve alt gruptaki puan ortalamaları incelendiğinde, puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-8.39$, $p=0.000$).

Ölçeklerin geçerlik çalışmasında kapsam geçerliğinin yanı sıra yapı geçerliğinin değerlendirilmesi de gereklidir (Tavşancıl, 2010). Yapı geçerliği, ölçme aracının soyut bir olguyu ne derece doğru ölçelediğini gösterir. Yapı geçerliğini ölçebilmek için kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir. Faktör analizi ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005). Bu çalışmada yapı geçerliğini değerlendirmek için İÖYÖ-KF'na açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Cousineau ve arkadaşları (2006) İÖYÖ-KF'nun yapısını ortaya koymak için faktör analizi uygulanmadan, temel bileşenler analizi yöntemini kullanarak toplam varyansın % 55.55'ini açıklayan, özdeğeri 8.89 olan tek faktörlü bir yapı elde etmişlerdir. Bu çalışmada ise açıklayıcı faktör analizi uygulanarak ölçeğin faktör yapısı değerlendirilmiş ve toplam varyansın % 40.32'sini açıklayan, özdeğeri 3.23 olan, tek faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Toplam varyans oranı orijinal ölçekten düşük bir değerde olsa da sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40 ile %60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir (Şencan, 2005).

İÜÖ'nin orijinal çalışmasında (Glover ve ark., 1999), yapı geçerliği çalışmaları yapılmamıştır. Bu konuda yapılan görüşmelerde fertilitte kaybına uyumun kavramsal olarak alt faktörlere ayrılmadığı görüşü nedeniyle analize gidilmediği ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada da İÜÖ'ne faktör analizi uygulanmamıştır.

5.2. İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Ölçeklerin güvenirlik analizinin sağlanması amacıyla Cronbach alfa ve Split-half güvenirlik katsayısı ile iç tutarlık ve ölçek ve madde ortalamaları, madde toplam puan korelasyonu ve madde silindiğinde Cronbach alfa değeri yöntemleriyle madde istatistikleri teknikleri kullanılmıştır.

Bir ölçeğin güvenirliliğini gösteren yöntemlerden biri madde istatistikleridir. İÖYÖ-KF'nun puan ortalaması $X=22.6\pm5.1$ olarak bulunmuştur. Orijinal ölçek çalışmasında İÖYÖ-KF'un puan ortalamasının 51.4 ± 10.4 olduğu (Cousineau ve ark., 2006) ve bu yüksekliğin puanlamadan kaynaklandığı bilinmektedir. Orijinal formda maddeler 1'den 9'a ve 10-90 arasında puanlanırken, bu çalışmada 1'den 4'e ve 8-32 arasında puanlanmaktadır. Ölçeklerin kesme noktası olmadığı için değerlendirmede ölçeklerden alınacak ortalama puan esas alınabilir. Orijinal ölçeğin orta noktası 50 puan, bu çalışmada ise 20 puana denk gelmektedir. Bu durumda iki çalışmadaki katılımcıların infertilite öz-yeterlik algılarının benzer olarak ortalama bir seviyede olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada İÜÖ'nin puan ortalaması ise $X=23.3\pm5.8$ olarak bulunmuştur. Orijinal ölçek geliştirme çalışmasında ise bu ortalama 39.2 ± 11.7 ile göreceli olarak yüksek görünmektedir. Orijinal ölçek 6'lı likert tipli olduğu için değerlendirmesinde min: 12-max:72 puan alınabilmektedir. Uyum ölçeğinin de bir kesme noktası bulunmadığından yine orta puan üzerinden kıyaslama yapılacaktır. Orijinal ölçeğin mid puanı 42, uyarlama çalışmasında ise 25'dir. Buna göre iki çalışmanın da sonuçları ortalama puanın altında ve birbirine yakın bulunmuştur. Uyum ölçeğinin puanı arttıkça fertilitate kaybına olan uyumsuzluğun arttığı bilinmektedir. İki çalışmadaki katılımcıların infertiliteye uyumlarının ortalama bir düzeyde olduğu söylenebilir.

Ölçeklerin madde ortalamalarına bakıldığında İÖYÖ-KF'nun madde ortalaması 2.82 ± 1.01 (1 ile 4 arası), Cousineau ve arkadaşlarının (2006) ölçek geliştirme çalışmasında ise madde ortalaması 5.98 ± 2.24 (1 ile 9 arası) olarak bulunmuştur. İki çalışmanın madde puanlarının benzer olduğu görülmektedir. İÜÖ'nin madde ortalaması 2.18 ± 0.95 (1 ile 4 arası), orijinal ölçekte ise Glover ve arkadaşları (1999) İÜÖ'nin madde ortalaması 3.26 ± 1.45 (1 ile 6 arası) olarak tespit etmiştir. Bu sonuçlara göre iki çalışmanın madde puanlarının benzer olduğu söylenebilir.

Madde istatistikleri incelenirken ölçeklerin madde-toplam korelasyonlarına bakılmaktadır. Bu çalışmada öncelikle dil geçerliği sağlanmış ölçeklerin İÖYÖ-KF'nun 10 ve İÜÖ'nin 12 maddelik formları üzerinden, madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır. İÖYÖ-KF'nun 3. ve 4. maddelerinin madde-toplam korelasyonu sırasıyla -.13 ve .18 olarak .20'den düşük bulunduğu için, bu maddeler ölçekten çıkartılmıştır. Bu maddeler çıkartıldıktan sonra sekiz maddeli ölçeğin madde-toplam korelasyonlarının .62- .30 arasında olduğu saptanmıştır. Orijinal ölçekte madde-toplam korelasyonları .59-.86 arasında bulunmuştur (Cousineau ve ark., 2006). Orijinal ölçeğin madde-toplam korelasyonları güvenirlik bulgularından yüksek bulunmuş olsa da, bu çalışmadaki madde-toplam korelasyonu değerleri güvenilir sınırlardadır (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010).

İÜÖ'nin 1. ve 4. maddesinin madde-toplam korelasyonu sırasıyla -.07 ve .13 olması nedeniyle ölçekten çıkartılmasına karar verilmiştir. Bu maddelerin dışında Tablo 8'de görülen madde 2 ve 6'nın madde-toplam korelasyonları .30'un altında 0.20'nin üstündedir. Bu maddelerin ölçekten çıkarılmasına dayanarak hesaplanan Cronbach alfa güvenirlik katsayısı değerlendirildiğinde önemli bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Güvenirliği değiştirmeyen ve ölçeği destekleyen maddelerin ölçekten çıkarılmaması önerisi doğrultusunda (Özdamar, 2004), bu maddelerin ölçekte kalması kararlaştırılmıştır. Sonuç olarak 10 maddeli ölçeğin madde-toplam korelasyonları yeniden hesaplanmıştır. İÜÖ'nin madde-toplam korelasyonu .70-.20 arasında olduğu saptanmıştır. Orijinal ölçeğin madde-toplam korelasyonu belirtilmemiştir (Glover ve ark., 1999).

Ölçme araçlarının iç tutarlılığı aracın belli bir amaçla, bağımsız birimlerden oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit aralıklı olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır (Tavşancıl, 2010). Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçekteki madde sayısına bağımlıdır. Madde sayısı artıkça güvenirlik de artmaktadır. Aynı şekilde örneklem sayısı da ölçeğin güvenirlik katsayısını etkilemektedir. Örneklem büyüdükçe korelasyon artmaktadır (Şencan, 2005). Cronbach alfa katsayısı istatistik temelleri tutarlı ve tüm maddeler dikkate alınarak hesaplandığında, güvenirlik yapısını diğer katsayılar göre en iyi yansıtan katsayıdır. Bu çalışmada İÖYÖ-KF'nun Cronbach alfa katsayısı 0.78, İÜÖ'nin ise 0.77'dir (Tablo 9). Ölçeklerin orijinal çalışmalarındaki (Cousineau ve ark., 2006: 0.94, Glover ve ark., 1999: 0.85) güvenirlik katsayılarının, Türkçe ölçek uyarlamasında elde edilen sonuçlara yakın olduğu saptanmıştır. Çünkü literatürde belirtilen sınıflandırmaya göre Cronbach alpha değeri $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ölçek oldukça güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ olanlar ise yüksek derecede güvenilir

ölçeklerdir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2002). Benzer şekilde İÜÖ'nin uyarlama çalışmalarında Cronbach alpha değerleri 0.80 (Omu ve Omu, 2010), 0.85 (Mahajan ve ark., 2009) ve 0.80 (Lopes, 2008) olarak bulunmuştur.

İç tutarlık için yapılan ikinci analiz olan iki yarıya bölme yöntemi (Split-half) en eski yöntemlerden birisidir. Bu yaklaşımda bir testi oluşturan maddeler iki gruba bölünür ve bağımsız olarak puanlanır. Bu yöntem motivasyon, yorgunluk ya da zaman içerisinde performansı etkileyebilecek diğer psikolojik etkenler söz konusu olduğunda, test-tekrar test ve paralel formlara göre daha güçlüdür (Aksayan ve Gözüm, 2002). Bu çalışmada İÖYÖ-KF'nun Split half güvenirlik katsayısı 0.74, İÜÖ'de ise Split half güvenirlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak iki ölçeğin de oldukça güvenilir olduğu söylenebilir (Tablo 9). İÖYÖ-KF'nun orijinal çalışmasında Split-half güvenirlik katsayısına bakılmamıştır. İÜÖ'nin orijinal çalışmasında ise bu çalışmayla aynı değerde bulunmuştur (Glover ve ark., 1999).

Madde silindiğinde Cronbach alfa değerinde değişme olup olmadığı incelendiğinde İÖYÖ-KF'nun ve İÜÖ'nin Cronbach alfa değerinde hiçbir madde 0.10'dan fazla bir artış için görülmemiştir. Ölçeklerde madde silindiğinde, ortalamalarındaki değişimler önemsizmeyecek kadar küçüktür. Madde silindiğinde alfa katsayısında yükselme olmaması, bu maddelerin güvenirliği azaltan ve homojeniteyi bozan maddeler olmadığının göstergesidir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010).

Türkçe'ye uyarlanan İÖYÖ-KF'nun ve İÜÖ'nin güvenirlik değerlendirmelerinde, güvenirlik katsayıları sonuçlarıyla birlikte, sırasıyla 8 ve 10 maddelik ölçeklerin infertil kadınların öz-yeterlik ve uyum düzeylerini ayırt edici olarak ölçtüğü ve güvenilir ölçüm araçları olarak değerlendirilebileceği şeklinde yorumlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Uyum Ölçekleri'nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin sonuçlar

İÖYÖ-KF ve İÜÖ'nin geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir .

- ✓ İÖYÖ-KF'nun Türk kültüründe uygulanması için geçerli bir ölçek olduğu saptanmıştır. Geçerlik dil, kapsam, iç ölçüt ve yapı geçerliği ile sağlanmıştır. Yapı geçerliğinde uygulanan açıklayıcı faktör analizi ile toplam varyansın %40.32'sini açıklayan tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir.
- ✓ İÜÖ'nin Türk kültüründe uygulanması için geçerli bir ölçek olduğu saptanmıştır. Geçerlik dil, kapsam ve iç ölçüt geçerliği ile sağlanmıştır.
- ✓ İÖYÖ-KF'nun Cronbach alfa değerinin 0.78 ve Split-half güvenilirlik katsayısının 0.74 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Türk kültüründe uygulanması için yüksek düzeyde güvenilir olduğu saptanmıştır.
- ✓ İÜÖ'nin Cronbach alfa değerinin 0.77 ve Split-half güvenilirlik katsayısının ise 0.80 olduğu bulunmuştur. Ölçeğinin Türk kültüründe uygulanması için yüksek düzeyde güvenilir olduğu saptanmıştır.
- ✓ İÖYÖ-KF'nun madde analizlerinde 3. ve 4. maddenin madde toplam korelasyon katsayıları .20'den düşük olduğu için bu maddeler çıkartılmış ve madde toplam korelasyonları .30'dan büyük 8 maddeden oluşan ölçeğe son şekli verilmiştir.
- ✓ İÜÖ'nin madde analizlerinde 1. ve 4. maddenin madde toplam korelasyon katsayıları .20'den düşük bulunduğu için bu maddeler ölçekten çıkartılmış ve madde toplam korelasyonları 0.20'den büyük 10 maddeden oluşan ölçeğe son şekli verilmiştir.

6.2. Öneriler

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- İÖYÖ-KF'nun ve İÜÖ'nin infertilite öz-yeterlik ve uyum açısından riskli infertil kadınların belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir.

6.2.2. Araştırmaya Yönelik Öneriler

- İÖYÖ-KF'nun ve İÜÖ'nin:
 - Farklı tüp bebek merkezlerinde test edilmesi,
 - Erkek infertil hastalarda da geçerliği ve güvenilirliğinin sınanması önerilmektedir.

II. AŞAMA. WATSON'IN İNSAN BAKIM KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ, İNFERTİL KADINLARIN İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME DURUMUNA, İNFERTİLİTE ÖZ-YETERLİLİK VE UYUM DÜZEYLERİNE ETKİSİ (DENEYSEL BÖLÜM)

7. GEREÇ VE YÖNTEM

7.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın tipi deneyseldir. Ön test-son test düzeni kullanılarak yapılan, prospektif, tek körlü, randomize kontrollü bir çalışmadır.

7.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezinde yürütülmüştür. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde üç hemşire, iki embriyolog ve bir pratisyen, bir asistan ve iki uzman doktor çalışmaktadır. Üniteye çalışan psikolog bulunmamaktadır.

Araştırmanın verileri Mayıs 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

7.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezinde tedavi gören infertil kadınlardan seçilmiştir.

7.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında araştırmanın gücü, tip 1 hata, etki büyüklüğü parametrelerinin belirlenmesi gerekmektedir:

Araştırmanın gücü: İki uygulama arasında fark olduğunda, araştırma sonucunda bu farkı ortaya koyabilme olasılığına araştırmanın gücü denir. Çalışmaların genel olarak en az %80 güce sahip olması gerekir (Martin ve Thompson, 2000). Bu çalışmada da güç % 80 olarak kabul edilmiştir.

Tip 1 hata, iki uygulama arasında gerçekte fark yokken, çalışma sonucunda fark bulmak olarak tanımlanır ve p değeri tip 1 hata olasılığını belirtir. Genel olarak %5'in altında ($p < 0.05$) p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilir. Bu çalışmada da tip 1 hata oranı %5 olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü Minitab 15 istatistik programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması için önceki araştırmalarda elde edilen standart sapma düzeyleri ya da değişkenlerin oranları bilinmelidir. Bu araştırmanın hipotezlerine uygun olarak, infertil kadınların infertiliteden etkilenme, öz-yeterlik ve uyum düzeylerini değerlendiren deneysel araştırmalar incelenmiştir. Sonuçta sadece infertilite öz-yeterlik ölçeğinin standart hatası ve puanlar arasındaki farka ulaşılmıştır (Cousineau ve ark., 2008). Bu nedenle primer ölçüm kriteri olarak öz-yeterlik düzeyi temel alınmıştır.

Cousineau ve arkadaşlarının (2008), yaptığı randomize kontrollü araştırmada, İÖYÖ-KF'nun puanları arasındaki fark: 5.82, standart sapma ortalaması: 16 olarak saptanmıştır. Minitab programında bu ölçümler girildiğinde örneklem büyüklüğü toplam 120 olarak hesaplanmıştır. 120 kişilik örneklem 60 girişim, 60 kontrol grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır.

7.3.2. Örneklem Özellikleri

İnfertilite tedavilerine başlayabilmek için yasal olarak çiftlerin evli olması gerekmektedir. Bu nedenle örneklem özelliklerinde medeni durum ayrıca belirtilmemiştir.

<i>Örneklem Dahil Olma Kriterleri</i>	<i>Örneklemden Dışlama Kriterleri</i>
1. Primer infertilite tanısı almak 2. Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etmek 3. 18 yaşın üzerinde ve 45 yaşın altında olmak 4. Tedavisi için YÜT'den birini seçmiş olmak 5. Türkçe okuma-yazma bilmek	1. Sekonder infertilite tanısı almak 2. Kronik bir hastalık tanısı alma 3. 18 yaşın altında ve 45 yaşın üzerinde olmak 4. Tedavisi için tanılama sürecinde olmak 5. Türkçe okuyup yazamama ve/veya yabancı uyruklu olma 6. Anlama ve algılamada geriliğin olması 7. İnfertilite tanısından önce bir psikiyatrik tanı almış olmak

7.3.3. Güç ve Etki büyüklüğü

Bu araştırmanın deseni planlanırken etki büyüklüğü orta (0.5) olarak öngörülmüştür. Bununla birlikte, örneklem yarısına ulaşıldığında elde edilen verilere dayalı olarak bir etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Bunun için çalışmada kullanılan üç ölçeğin puan ortalamaları ve standart sapmaları ile bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Her bir ölçek için ayrı ayrı güç analizi

yapılmıştır. Elde edilen sonuçlarda gücü en düşük olan, İÜÖ'nin (güç: 0.96) etki büyüklüğünün hesaplamasında kullanılmıştır. Bu hesaba göre araştırmanın etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (0.8).

Araştırmanın sonunda yeniden güç ve etki büyüklüğü hesabı yapılmıştır (Tablo 10). Yapılan analizler doğrultusunda üç ölçeğe ait etki büyüklüğü elde edilmiştir. İnfertilite Etkilenme Ölçeği (İEÖ)'nin etki büyüklüğü 1.17, İÖYÖ-KF'nun etki büyüklüğü 1.33 ve İÜÖ'nin etki büyüklüğü ise 0.76 olarak bulunmuştur.

Tablo 10. İnfertilite Etkilenme Ölçeği, İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği-KF ve İnfertilite Uyum Ölçeğinin Puan Ortalamaları Temel Alınarak Hesaplanan Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü Sonuçları

Ölçekler	Güç Analizi Sonuçları*	Etki büyüklüğü**
İEÖ	0.99	1.17
İÖYÖ-KF	0.99	1.33
İÜÖ	0.96	0.76

*Power analizi post-hoc statistical power calculator hesaplayıcıyla hesaplanmıştır

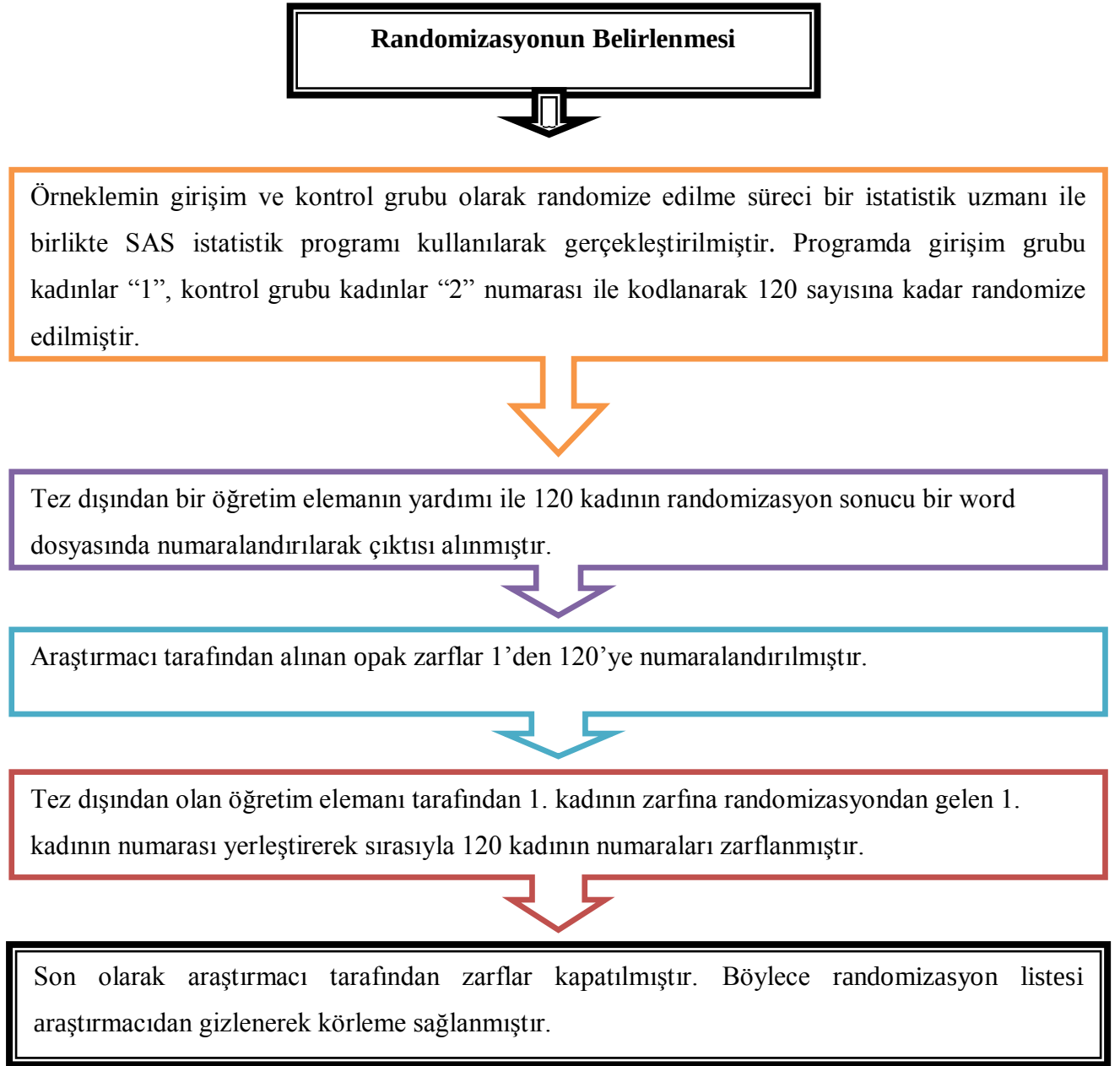
(<http://danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?id=49>).

**Etki büyüklüğü, Calculator for Student's t-Test'i ile değerlendirilmiştir

(<http://www.danielsoper.com/statcalc/calc48.aspx>).

7.3.4. Randomizasyon

Randomizasyon yöntemi olarak iki grupta eşit sayıda örneklem sağlamak amacı ile “basit randomizasyon yöntemi” seçilmiştir. Bunun için SAS (İstatistiksel Analiz Sistemi- Statistical Analysis System Institute, Cary, Nort Caroline) programının 8.2 versiyonu kullanılmıştır. İnfertil kadınlar, randomize kontrollü olarak girişim ve kontrol gruplarına dağıtılmıştır. Randomizasyon sonrası grupların homojenitesini doğrulamak için girişim ve kontrol grupları yaş, eğitim, meslek, evlilik yılı, infertilite yılı, infertilite tedavi yılı olmak üzere bağımsız değişkenler ki-kare ve t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir (Tablo 11 ve Tablo 12).

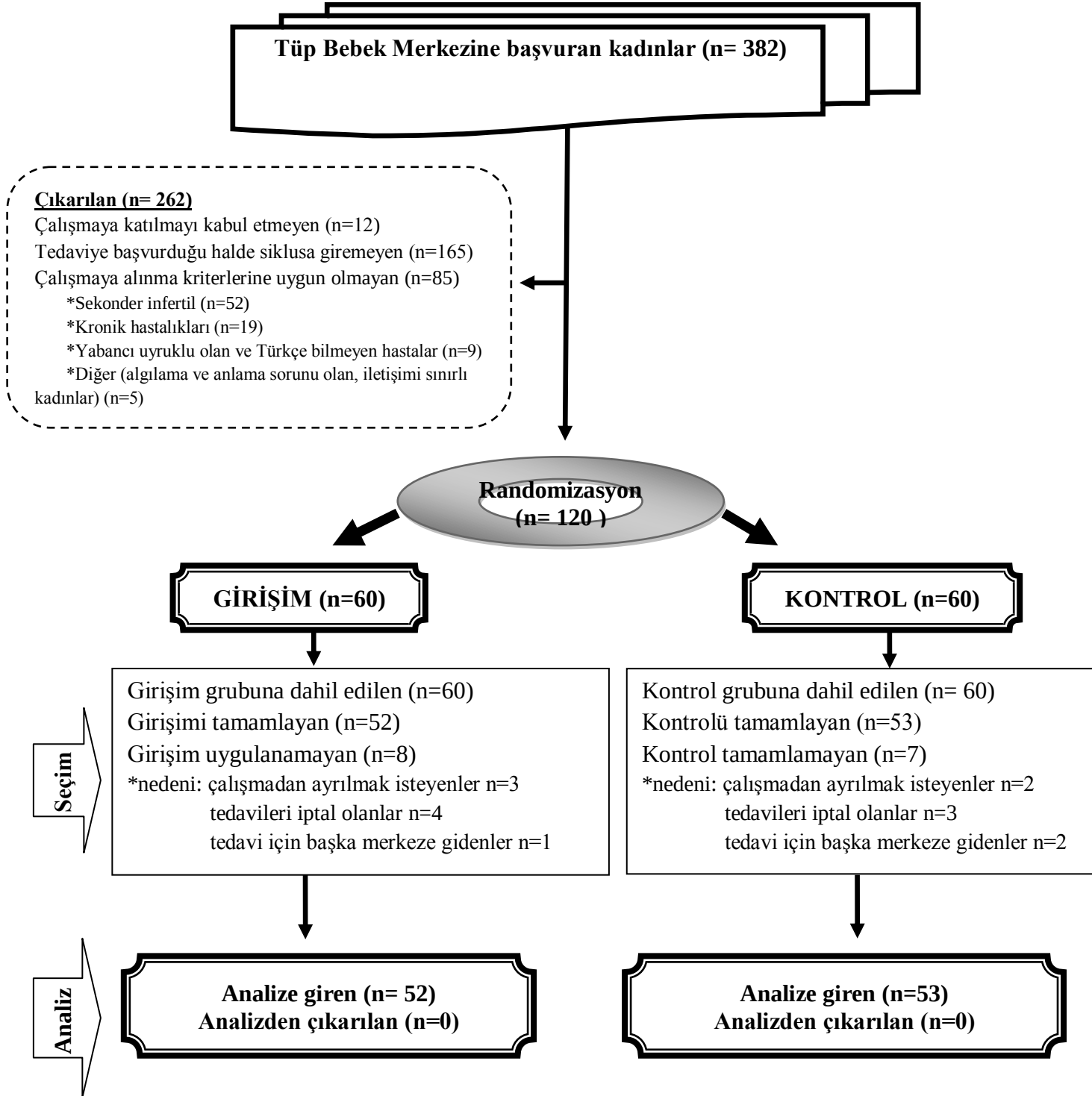


Şekil 2. Randomizasyonun Uygulanması

7.3.5. Körleme

Her bir kadının dahil olacağı grup ancak o kadın çalışmaya kayıt edildikten sonra araştırmacının zarfı açması ile belli olmuştur. Bu tez çalışmasında araştırmayı uygulayan ve verileri değerlendiren araştırmacının aynı kişi olması nedeni ile, sadece araştırmaya katılan kadınların hangi grupta olduklarını bilmemeleri sağlanmıştır. Bu nedenle tek yönlü bir körleme yapılmıştır.

7.3.6. CONSORT Şeması



Şekil 3. Consort Şeması

Randomizasyon ile girişim ve kontrol grubuna atanan kadınlardan arasında bireysel ve infertiliteye ait özellikler yönünden fark olup olmadığının kontrolü yapılmıştır. Bunun için öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov Testi ile test edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermedikleri için nonparametrik testlerden ki-kare testi ile farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

Yapılan analizler sonucunda girişim ve kontrol grubu kadınların bireysel ve infertiliteye ait özellikleri yönünden istatistiksel olarak birbirlerinden farksız olduğu ($p>0.05$), kadınların girişim ve kontrol grubuna homojen olarak ayrıldığı saptanmıştır (Tablo 11 ve Tablo 12).

Tablo 11. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p
	n (52)	%	n (53)	%	
Yaş					
19-25	9	17.3	9	17.0	0.66
26-35	33	63.5	33	62.3	
36-45	10	19.2	11	20.7	
Eğitim					
Okur-yazar ve İlkokul	20	38.5	20	37.7	0.59
Ortaokul	10	19.2	10	18.9	
Lise	5	9.6	7	13.2	
Üniversite ve üzeri	17	32.7	16	30.2	
Evlilik (yıl)					
1-3	13	25.0	23	43.4	0.71
3.5-5	18	34.6	8	15.1	
5.5-9	13	25.0	8	15.1	
9.5 ve üzeri	8	15.4	14	26.4	
Meslek					
Çalışmayan	39	75.0	36	67.9	0.69
Çalışan	13	25.0	17	32.1	
Gelir (TL)					
Gelir giderden az	16	30.8	14	26.4	0.50
Gelir gidere eşit	31	59.6	30	56.6	
Gelir giderden fazla	5	9.6	9	17.0	
Tedavi masraflarını karşılama					
Tamamını kendisi	4	7.7	6	11.3	0.54
Sosyal güvencesi ve kendi	48	92.3	47	88.7	
Yaşadığı yer					
İl	30	57.7	32	60.4	0.68
İlçe, belde ve köy	22	42.3	21	39.6	

Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertiliteye İlişkin Özellikleri

İnfertiliteye ilişkin özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p
	n (52)	%	n (53)	%	
İnfertilite tanı süresi (yıl)					
3 yıl altı	16	30.8	24	45.2	0.77
3-6 yıl	23	44.2	11	20.8	
6 yıl üstü	13	25.0	18	34.0	
Tedavi süresi (yıl)					
3 yıl altı	33	63.5	32	60.4	0.95
3-6 yıl	9	17.3	12	22.6	
6 yıl üstü	10	19.2	9	17.0	
Önceden uygulanan YÜT*					
KOH**					
Uygulanmış	27	51.9	27	50.9	1.00
Uygulanmamış	25	48.1	26	49.1	
IUI***					
Uygulanmış	25	48.1	22	41.5	0.42
Uygulanmamış	27	51.9	31	58.5	
IVF****					
Uygulanmış	8	15.4	13	24.5	0.51
Uygulanmamış	44	84.6	40	75.5	
Şimdi uygulanan YÜT*					
IUI***	22	42.3	29	54.7	0.20
IVF****	30	57.7	24	45.3	
İnfertilite nedeni					
Kadın faktörü	19	36.5	23	43.4	0.93
Erkek faktörü	13	25.0	11	20.8	
Her ikisi	13	25.0	8	15.0	
Açıklanamayan	7	13.5	11	20.8	

*YÜT:Yardımcı Üreme Teknikleri, **KOH: Kontrollü Overyan Hiperstimülasyon

IUI: İntra Uterin İnseminasyon , *IVF: İn-Vitro Fertilizasyon

7.4. Hemşirelik Girişim Programının Hazırlanma Süreci ve Uygulanması

Bu çalışmada girişim grubuna hemşirelik bakımı uygulanmış, kontrol grubu rutin hemşirelik bakımını almış ve iki bakımın bağımlı değişkenlere etkisi değerlendirilmiştir.

7.4.1. Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Dayalı Yarı Yapılandırılmış Hemşirelik Bakım Programı Yapılanma Süreci

İBK'nın incelenmesi, içselleştirilmesi ve anlamlandırılması, kuramın bu araştırmaya uyarlanması sürecinin ilk adımı olmuştur. Kuram, iyileştirme süreçlerinin kullanılması yoluyla uygulamaya dönüşmektedir.

İyileştirme süreçlerinin kısmen mi, bütün olarak mı ele alınabileceği konusunda literatürde kuramı kullanan araştırmalar gözden geçirilmiştir. Bazı çalışmalarda iyileştirme süreçlerinin kısmen ele alındığı, bazılarında ise bütün olarak kullanıldığı görülmüştür. Bu konuda Hemşirelik Kuram Dersi eğitimcisi Emekli Öğretim Üyesi Prof Dr Nurgül PLATİN'den danışmanlık alınmıştır. Ayrıca program kapsamına alınacak süreçler konusunda Dr Jean Watson'dan elektronik posta yolu ile danışmanlık alınmıştır. Watson'ın önerileri doğrultusunda, programa alınacak iyileştirme süreçleri belirlenmiştir.

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda, Watson'ın İBK'nda yer alan iyileştirme süreçlerinden 4., 5., 6., ve 7. sürecin uygulanmasına karar verilmiştir. Görüşmelerde kullanılan her iyileştirme sürecinin amacı aşağıda belirlenmiştir.

Amaç	İyileştirme Süreci
Etkileşim ve iletişimi başlatmak	4 “Yardım edici-güven verici bakım ilişkisini geliştirme”
İnfertiliteden etkilenme, öz-yeterlik ve uyum düzeylerini ortaya koymak	5 “Diğerinin hikayesini gerçekten dinleyerek, olumlu ve olumsuz duyguların kabul edilmesi ve desteklenmesi”
Etkilenme, öz-yeterlik ve uyum sorunlarına yönelik uygun çözümleri elde etmek	6 “Bakım verici karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma”
Kadınların baş etmelerini güçlendirmesine yönelik gevşeme egzersizlerini öğretmek ve uygulamak	7 “Bireysel ihtiyaçlara ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama”

Bakım programının yürütülmesi için, rehber niteliğinde yarı yapılandırılmış bir hemşirelik bakım programı oluşturulmuştur. Program dört oturumda yürütülecek şekilde yazılmıştır. Her oturum, kuramdan seçilen iyileştirme süreçlerine göre düzenlenmiştir. Programın görüşme rehberi ile nasıl kullanılacağı yapılandırılmıştır. İlk oturumda iyileştirme süreci 4 ve 7 ele alınmıştır. İyileştirme süreci 4 ile yardım edici-güven verici bakım ilişkisini geliştirmek amaçlanmıştır. Bunun için “Sizi tanımak için yaptığım anket çalışmasında ...gördüm. Sizi daha iyi anlamak istiyorum. Bana kendinizden söz eder misiniz?, En önemli özelliğim/özelliklerim... (cümle tamamlama-ısınma egzersizi), Gebe

kalamama durumunuzdan söz eder misiniz? (açık uçlu soru), Gebe kalamadığınızı öğrendiğinizden bu yana neler yaşıyorsunuz? Benimle paylaşır mısınız? (keşfetmek), sizi dinliyorum. (cesaretlendirmek)” gibi örnek sorularla yardım edici-güven ilişkisinin temelleri atılmış olur.

Ardından yarı yapılandırılmış program ve görüşme rehberi İngilizceye çevrilerek Dr Jean Watson’a elektronik posta yoluyla iletilmiş ve kendisinin uzman görüşü alınmıştır (Ek 6). Watson’ın önerileri doğrultusunda program düzenlenerek son şekli verilmiştir (Ek 7).

Bakım programında kullanılmak üzere kadınların infertiliteden olumsuz etkilenmelerini azaltmak, öz-yeterliklerini ve uyum düzeylerini arttırmak için, Watson’ın önerdiği kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemlerinden bazıları seçilmiştir. Bunlar:

Kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri	Araştırmada uygulanan yöntemler
☯ İşitme yöntemlerinin bilinçli kullanımı	☯ Gevşeme ve rahatlamayı sağlayan müziklerin kullanılması: sözsüz müzikler, doğa sesleri, ney sesi
☯ Görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı	☯ Gevşeme egzersizleri sırasında ortamın loş hale getirilmesi, mum kullanılması
☯ Soluk alıp-verme gibi solunum yöntemlerinin bilinçli kullanımı	☯ Görüşme ortamının havalandırılması, temiz havanın solunması ☯ Derin nefes alma egzersizinin kullanılması
☯ Dokunma yöntemlerin bilinçli kullanımı	☯ Sırt masajı ☯ Elle dokunma
☯ Mental-bilişsel yöntemlerin bilinçli kullanımı	☯ Gevşeme egzersizleri ☯ İmajinasyon

Bu yöntemlerin öğretilmesi ve uygulatılmasına ilişkin bir eğitim planı oluşturulmuştur (Ek 8). Eğitimde kullanılmak üzere infertil kadınlara verilecek gevşeme egzersizleri kitapçığı oluşturulmuştur (Ek 9).

7.4.2. Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar

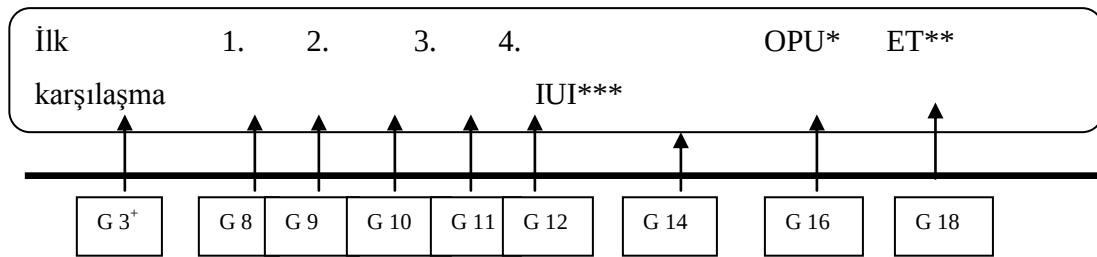
Araştırmacı tarafından girişim grubu infertil kadınlara uygulanan hemşirelik bakımı Watson'ın İBK'na temellendirilmiştir. Temelde psiko-eğitimsel bakım programı yürütülmüştür. Hemşirelik bakımı kadınların infertilite tedavisi zaman planına uygun olarak bireysel görüşmeler yoluyla yürütülmüştür.

Uygulama Prosedürü

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran kadınlar, tedaviye başladıkları gün (Gün 3), tanışma sırasında araştırmanın amacı açıklanmış, aydınlatılmış onamları alınarak araştırmaya dahil edilmişlerdir. Tanışmanın ardından kişisel bilgi formu ve ön testler uygulanmıştır. Kadınlara araştırmacının iletişim bilgilerini ve tezin temasını (yaşadığınız sorunlarla daha güçlü bir şekilde baş etmeniz için, sizi dinlemek ve anlamak için, buradayım) içeren bir kart vizit verilmiştir (Ek 10). Ayrıca uygulama süreci boyunca kadınlar istedikleri sürece, tüp bebek merkezine geldiklerinde ve/veya telefon ve elektronik posta yolu ile iletişim sürdürülmüştür.

Araştırmacının her zaman ulaşılabilir olduğu temin edilmiştir. Ardından tedavi planıyla uyumlu şekilde bir görüşme planı oluşturulmuştur. Girişim grubundaki kadınlara tedavilerinin durumlarına bağlı olarak IUI, OPU ve/veya ET gününe kadar yaklaşık 10-15 günlük bir süreç içinde tüp bebek merkezine gelecekleri ve bu günlerde dört planlı görüşme yapılacağı iletilmiş ve onamları alınmıştır.

Aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi, dört kez olmak üzere görüşmeler yapılmıştır.



⁺ G: Gün *OPU: oosit pick up **ET: embriyo transferi ***IUI: Intrauterin inseminasyon

Şekil 4. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi Tedavi Günleri ve Görüşme Süreci

Bakımın Uygulandığı Yer ve Uygulama Süresi

Görüşmeler Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde bir odada gerçekleştirilmiştir. Bu oda görüşmeler için düzenlenmiştir. Kadınların kendilerini rahat

hissetmelerini sağlamak amacı ile odada alt kısmı açılıp uzanmayı sağlayabilen bir koltuk bulundurulmuştur. Araştırmacının kullanacağı sandalye ve masa görüşmeyi engellemeyecek şekilde duvara doğru yerleştirilmiştir. Görüşmelerin bölünmemesi, sessizliğin sürdürülmesi için, görüşme odasının kapısına uyarıcı bir levha asılmıştır. Ayrıca odada bulunan telefon, görüşmeler sırasında kapatılmıştır. Odada renkler açısından düzenleme yapılmış ve uyarıcı renkler içeren objeler odadan çıkartılmıştır. Duvardaki panoya motive edici cümleler yazılarak asılmış, araştırmacının kartviziti yapıştırılmıştır. Görüşme masasında mendil, kağıt, kalem bulundurulmuştur. Ayrıca gevşeme sırasında kullanılacak müzik sistemi, mumlar masaya uygun şekilde yerleştirilmiştir. Bunların dışında kadınlara verilecek kitapçıklar, CD'ler ve uygulanacak anketler için bir komodin ayrılmıştır. Odada bir lavabo da bulunmaktadır. Duyguların ifadesi sırasında pek çok kadın ağlamış ve bu lavaboyu kullanmaları önerilerek kadınların rahatlamaları sağlanmıştır.

Girişim grubundaki infertil kadınlarla İBK'na dayalı yarı yapılandırılmış bakım programı kullanılarak dört görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme süreleri yaklaşık 45-90 dk sürmüştür. Her görüşme sonrası araştırmacı görüşmeye ilişkin kayıtlarını tutmuştur.

Her görüşmenin iyileştirme süreçlerine göre temaları mevcuttur. Bu temalar ve görüşme süreci "Girişim Grubu Bakım İyileşme Süreci" şeklinde verilmiştir (Şekil 5).

Bu kadınlara 1. görüşme sonunda gevşeme egzersizleri eğitimi verilmiş, anlatım, soru-cevap yöntemleri kullanılmış ve egzersizler demonstre edilmiştir. Kadınlara öğrenmelerini güçlendirmek ve kendi kendilerine bu egzersizleri uygulayabilmeleri için gevşeme müzikleri CD'si ve kitapçığı verilmiştir. Evde, görüşmeler sırasında önerilen öz-yeterliği geliştirmeye yönelik egzersizleri ve gevşeme egzersizlerini uygulamaları önerilmiştir.

Her görüşmenin sonunda infertil kadınla birlikte 40 dakika gevşeme müzikleri, mum, lavanta ve gül kokuları eşliğinde gevşeme egzersizleri uygulanmıştır. Son 5 dakika sırt masajı yapılarak gevşemeler tamamlanmıştır. Ayrıca ünitadaki hemşirelerle görüşülerek, gevşeme egzersizleri CD'sinin IUI, OPU ve ET olmak üzere cerrahi müdahaleler sırasında kadınlara dinletilmiştir. IUI, OPU ve/veya ET öncesi son görüşmenin ardından post testler yapılmıştır.

Ayrıca, kadınların kendi gelişimlerini ortaya çıkartabilmek ve ilerlemelerini göstermek için kendi kendine izlem ve günlük tutmaları önerilmiştir. Günlük tutan kadınlara günlüklerini görüşmelere getirebilecekleri iletilmiş ve bu kadınların günlükleri oturumlarda birlikte okunarak, yaşadıkları deneyimler değerlendirilmiştir. Bu paylaşım İBK'nda öneriler ortak yaşantılar geliştirilmiştir.

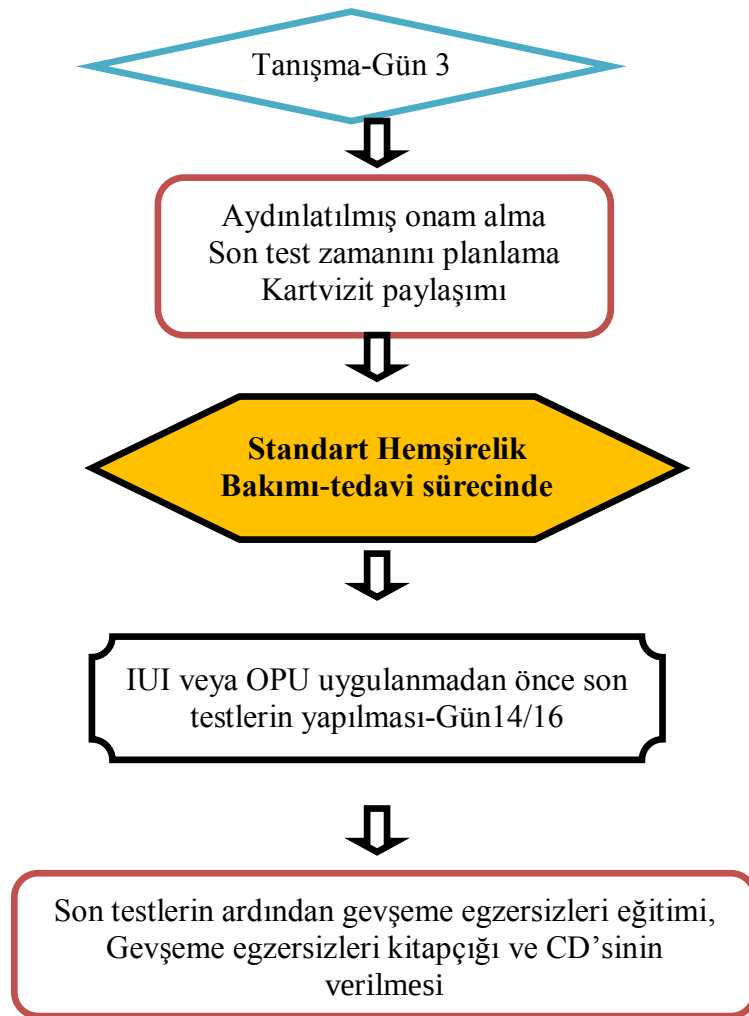
Tanışma	⇒ Görüşme Süreci:	1. Görüşme	⇒ 2. Görüşme	⇒ 3. Görüşme	⇒ 4. Görüşme
Randomizasyon ile atanma ve bilgilendirme	Kullanılan İyileştirme Süreci: İBK-YYHBP görüşmenin çatısını oluşturan bir rehber olarak kullanılmıştır.	4 “Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme” 7 “Öğretme-öğrenme”	5 “Duygu ve hislerin ifadesi/kabul ve desteklenmesi”	5 “Duygu ve hislerin ifadesi/kabul ve desteklenmesi” 6 “Yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma”	6 “Yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma”
Veri toplama araçlarının uygulanması Ön testler	Bakım Bilinci	İnfertil kadını koşulsuz bir sevgi ve saygı ile kabul etme, etkileşimde içten ve dürüst olma, açık ve hassas olma, saygılı, yapıcı ve doğrudan iletişim sağlama Terapotik dinleme: aktif dinleme, kabullenici tutum, açığa kavuşturma, sessizliği kullanma, ses tonunu ayarlama, beden dilini kullanma Empatik yaklaşım	İçinde bulunan durumu açıklştırmasını sağlama, konuşması için teşvik etme, destek olma, infertiliteye ilişkin algılanan olumlu ve olumsuz düşünceleri ve deneyimleri tartışma, bu durumun iyi yönlerini fark etmelerine yardımcı olma, olumsuz duygularla baş etmek için yardım etme, bireyi onaylama, uygun şekilde manevi rahatlamayı önerme, aktif dinleme, hikaye/öykü anlatmaya teşvik etme	Tüm bilme yollarını yaratıcılık ile entegre etme, kritik düşünmeyi kullanma, soru sorması için cesaretlendirme, yaşadıklarından anlam çıkarmasına yardım etme, öz-yeterlik algılarını değerlendirme, infertiliteye ilişkin başkalarından gördükleri ve duyduklarını tartışma,	Tüm bilme yollarını yaratıcılık ile entegre etme, kritik düşünmeyi kullanma, soru sorması için cesaretlendirme, yaşadıklarından anlamlar çıkarmasına yardım etme, sorumluluk alma ve plan oluşturma, zihinsel düzenleme tekniğini paylaşma, olumlu düşünmenin tartışılması, cümle tamamlama egzersizini kullanma

Tedavi durumuna göre görüşme programının oluşturulması	Eğitim	Eğitim: Bireysel, gevşeme egzersizlerinin tüm bilme yollarını kullanarak öğretilmesi (Demonstrasyon, sunum, soru-cevap) *Gevşeme egzersizleri kitapçığının ve müzik CD'sinin verilmesi *Kendi yöntemlerini ortaya çıkartma *Kendi kendine izlem *Günlük tutma	İhtiyaca göre eğitime devam etme	İhtiyaca göre eğitime devam etme	İhtiyaca göre eğitime devam etme
İletişim bilgilerinin paylaşılması-kartvizit	Bakım-iyileşme yöntemleri	Gevşeme egzersizlerinin uygulanması: nefes egzersizleri, kas gevşeme egzersizleri, imajinasyon, Gevşeme müziklerinin dinlenmesi, Mum ışığını kullanarak ortamın loş hale getirilmesi Aromatik kokularla ile rahatlama Sırt masajı			
Süreç boyunca telefon ve mail yolu ile iletişimin sürdürülmesi	Görüşme planı	Görüşmenin sonlandırılması, 2. görüşme için program yapılması	Görüşmenin sonlandırılması, 3. görüşme için program yapılması	Görüşmenin sonlandırılması, 4. görüşme için program yapılması	Görüşmelerin sonlandırılması Sürece ilişkin görüş ve algılarını ifade etmesini sağlama Son testlerin uygulanması

Şekil 5. Girişim Grubu Bakım İyileşme Süreci

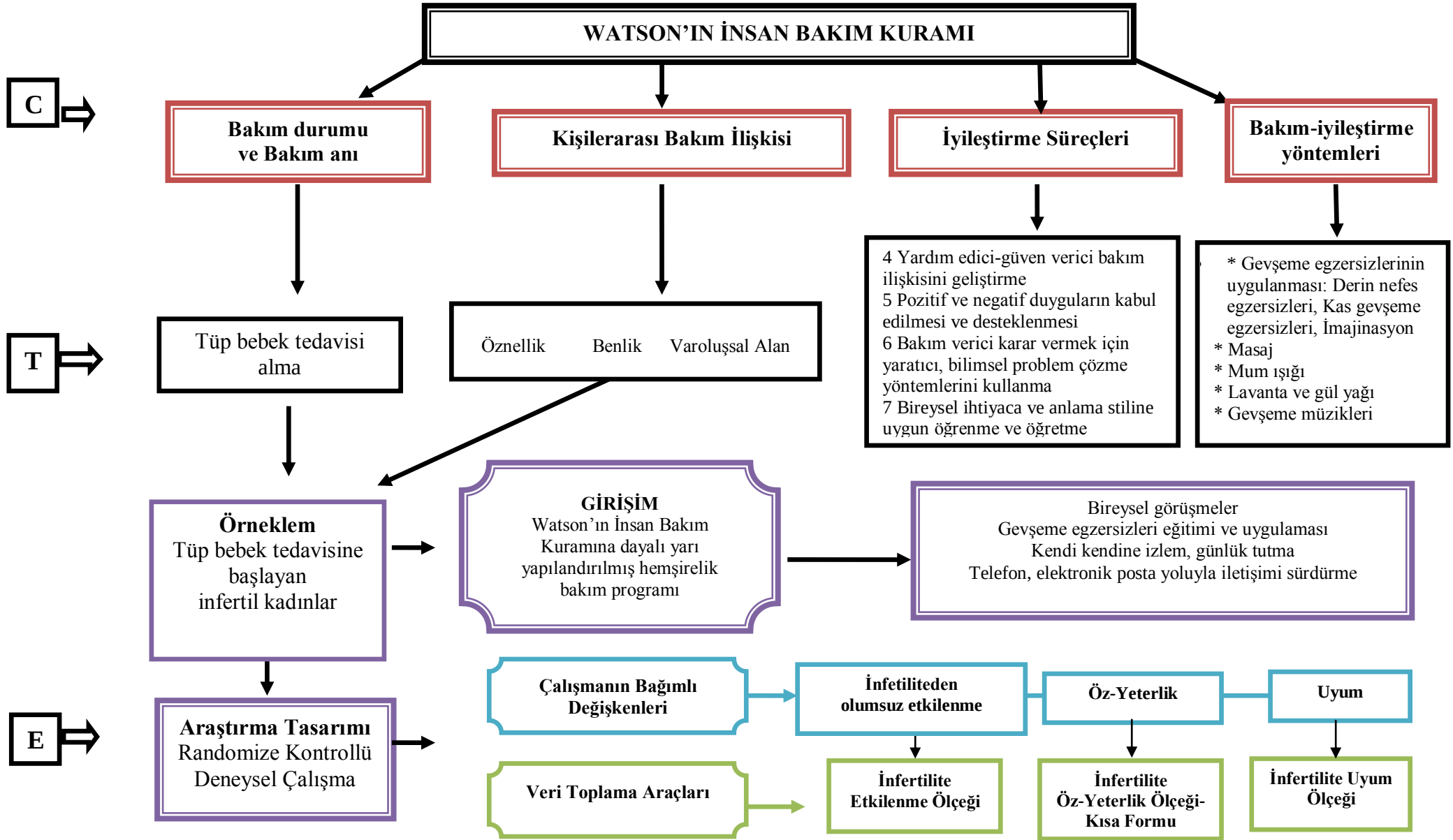
7.4.3. Kontrol Grubuna Yapılan Girişimler

Kontrol grubuna, çalışma sırasında bir girişim uygulanmamıştır. Kontrol grubundaki kadınlar üniteye uygulanan standart hemşirelik bakımını almışlardır. Kadınlarla tedaviye başladıkları gün tanışılmış, çalışma anlatılmış, aydınlatılmış onamları alınmış, kartvizit verilmiş, zarf açıldıktan sonra görüşme planı yapılmıştır. Bu plana göre IUI veya OPU uygulanmadan önce aynı ölçeklerin son kez uygulanacağı, ardından gevşeme egzersizlerine yönelik bir eğitim verileceği paylaşılmıştır. Son testlerin ardından gevşeme egzersizleri eğitimi, gevşeme egzersizleri kitapçığı ve CD'si verilmiştir (Şekil 6). Çalışmaya katılan girişim ve kontrol grubu kadınlar, izlem çizelgesi ile kayıt edilmiş ve izlenmiştir.



Şekil 6. Kontrol Grubunun Çalışma Süreci

7.4.4. Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı



Şekil 7. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı-(CTE)

7.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişken: Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımı

Bağımlı değişken: Öz-yeterlik, uyum ve etkilenme düzeyleri

7.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama araçları:

1. Kişisel Bilgi Formu,
2. İnfertilite Etkilenme Ölçeği,
3. İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği KF,
4. İnfertilite Uyum Ölçeğidir.

7.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri ve infertiliteye ilişkin verilerini elde etmek amacıyla konuyla ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 13 sorudan oluşan bir formdur (Ek 1).

7.6.2. İnfertilite Etkilenme Ölçeği

Hemşirelik bakımının, kadınların infertiliteden olumsuz etkilenme düzeylerine etkisi değerlendirmek amacı ile İEÖ kullanılmıştır (Ek 2). Akyüz ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ölçek, infertiliteye ilişkin olarak bireylerin kendilerini nasıl hissettiğini ve duygu durumlarını tanımlamaktadır. Ölçek 16'sı düz, beşi ters olmak üzere toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ters maddeler 3., 10., 13., 14. ve 21. maddedir. Ölçek 4'lü likert tiplidir ve pozitif maddeler 1: hiç bir zaman, 4: her zaman olarak puanlanırken, negatif maddeler tam tersi puanlanmaktadır. Ölçekten 21 ile 84 arasında bir puan alınabilir. Ölçeğin bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, infertiliteden etkilenmenin yüksek olduğunu göstermektedir

Ayrıca ölçeğin alt skalası bulunmamaktadır. Ölçeğin madde puanlarının güvenirlik katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada post test verileri kullanılarak yapılan güvenirlik analizinde güvenirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

7.6.3. İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu

İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği, Cousineau ve arkadaşları tarafından, infertiliteyle ilgili bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal beceri güçleri hakkındaki öz-yeterlik algılarını değerlendirmek amacıyla 2006 yılında geliştirilmiştir. Cousineau ve

arkadaşları 2006'da ölçeğin 10 maddelik kısa formunu (güvenilirlik katsayısı $\alpha:94$) geliştirmişlerdir. Türkçe uyarlama için kısa formu kullanılmıştır. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına ilişkin bilgiler araştırmanın birinci aşamasında verilmiştir.

Dörtlü likert tipli olan (1- Bana hiç uymuyor, 2- Bana biraz uyuyor, 3- Bana çok uyuyor, 4- Bana tamamen uyuyor) ölçekteki tüm ifadeler pozitif yöndedir. Ölçekten 8 ile 32 arasında puan alınmaktadır. Ölçeğin puanları değerlendirilirken bir kesme noktası bulunmamaktadır. Puan yükseldikçe öz-yeterlik algısının yükseldiği kabul edilmektedir (Ek 3). Ölçek tek faktörlü bir yapıdadır. Ölçeğin alt skalaları bulunmamaktadır.

7.6.4. İnfertilite Uyum Ölçeği

Glover ve arkadaşları tarafından, infertilitede psikolojik uyumun ölçümünü standardize etmek amacı ile 1999 yılında geliştirilmiştir. İÜÖ (Ek 4) uyumu kognitif, davranışsal, emosyonel yönleri içeren heterojen bir kavram olarak ele almıştır. Klinik bir araç olarak, çiftlerin psikolojik gereksinimlerini saptamak ve fertilite problemlerine uyumu hakkında görüşmek için uygun olabilir (Glover ve ark 1999). Ölçeğin orijinali 12 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucu 10 maddeli bir yapı elde edilmiştir.

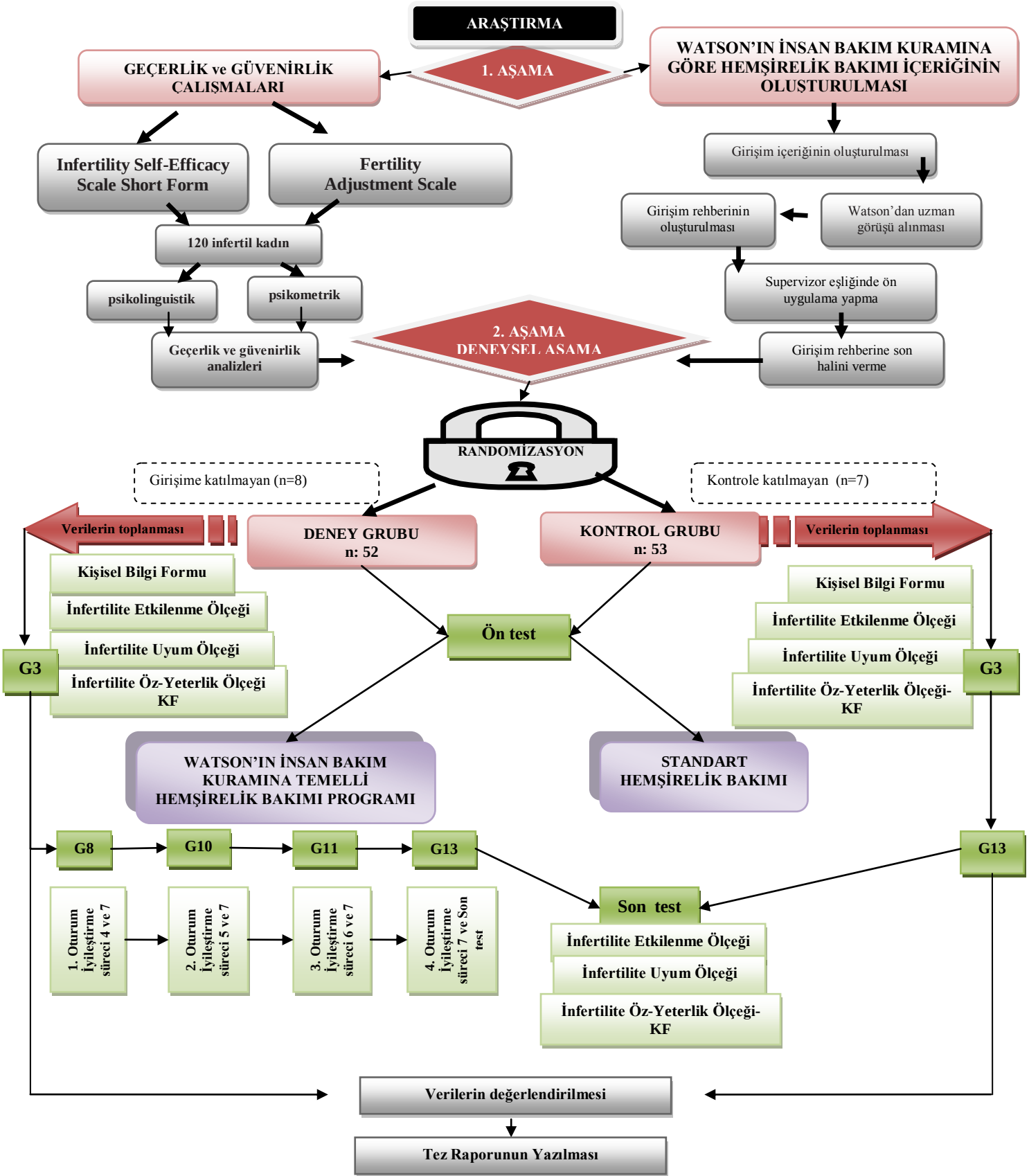
Dörtlü likert tipli olan (1- Bana hiç uymuyor, 2- Bana biraz uyuyor, 3- Bana çok uyuyor, 4- Bana tamamen uyuyor) ölçekten en az 10 ve en fazla 40 puan alınmaktadır. Maddeler yanıtları etkilememek adına, pozitif ve negatif ifadeler açısından dengelenmiştir. Pozitif maddeler 1, 4, 7, 8, 10 ters puanlanmaktadır. Toplam skor bireysel maddeler üzerinden puanlanarak elde edilir. Ölçekte bir kesme noktası bulunmamaktadır. Yüksek puan, yetersiz uyumun göstergesi olarak düşünülür. Ölçeğin orijinalinde güvenilirlik katsayısı $\alpha.85$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt skalası bulunmamaktadır. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına ilişkin bilgiler araştırmanın birinci aşamasında verilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin pretest Cronbach alfa değerleri, orijinal ölçekler, geçerlik güvenilirlik sonuçları ve diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla karşılaştırmalı olarak Tablo 13'te verilmiştir. Buna göre ölçeklerin α değerlerinin diğer çalışmalarla yaklaşık olarak aynı düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 13. İnfertilite Etkilenme Ölçeği, İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği-KF ve İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Cronbach Alfa Değerleri

Ölçekler	Girişim öncesi Pretest Cronbach alfa	Geçerlik ve Güvenirlik Cronbach alfa	Orijinal Ölçek Cronbach alfa	Diğer çalışmalarda
İEÖ	0.87	Ø	0.89 Akgül ve ark 2008	0.85 Ünal ve ark 2010
İÖYÖ-KF	0.86	0.78	0.94 Cousineau ve ark 2006	Ölçeği kullanan diğer araştırmalarda α katsayıları belirtilmemiştir.
İÜÖ	0.85	0.77	0.85 Glover ve ark 1999	0.80 Omu ve Omu 2010 0.85 Mahajan ve ark 2009 0.80 Lopes 2008

Araştırmada veriler araştırma planında belirtilen adımlara göre toplanmıştır. Randomizasyon ile atama aşamasında araştırmanın ön testleri ve son oturumda son testler uygulanmıştır (Şekil 8).



7.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde Akdeniz Üniversitesi Ziraat Fakültesi bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Ziya Fırat'tan danışmanlık alınmıştır. Prof. Dr. Mehmet Ziya Fırat istatistik konusunda uzmandır. Veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha:0.05$ olarak kabul edilmiştir. Veriler SPSS programına yüklenmiş, eksik ve hatalı veriler tespit edilerek düzenlenmiştir. Kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 14'te özetlenmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü Minitab 15 istatistik programı kullanılarak belirlenmiştir. Araştırmanın güç analizi ve etki büyüklüğü ayrıca online olarak "<http://www.danielsoper.com/statcalc>" web adresi kullanılarak gözden geçirilmiştir. Randomizasyon ise SAS istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol gruplarının homojenitesini belirlemek için sayı, yüzde, ki-kare ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) yapılmıştır.

Ölçeklerin güvenirliğini değerlendirmek için Cronbach alpha katsayılarına bakılmıştır. Ölçeklerden alınan pretest-posttest puanlar, ortalama, standart sapma, min-max değerleri ve t testi ile değerlendirilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilerek istatistiksel yöntemlere karar verilmiştir. Girişim ve kontrol grubunun pretest ve posttest ölçümlerde infertiliteden etkilenme durumları, infertiliteye karşı öz-yeterlik ve uyum düzeylerini değerlendirmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Girişim ve kontrol gruplarının kendi içinde pretest ve posttest ölçümlerde infertiliteden etkilenme durumları, infertiliteye karşı öz-yeterlik ve uyum düzeylerini değerlendirmek için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Intention To Treat Analizi

Araştırma süreci boyunca örneklemde yaşanan kayıplar nedeniyle "intention to treat" (ITT) analizi uygulanmıştır. Randomize kontrollü çalışmalarda ITT analizi ile örneklem grubundaki bireylerin çalışma süresince örneklemde ayrılırlar da girişim sonuçlarının randomize olarak atandıkları gruplarda karşılaştırılmasıdır. Böylece randomizasyonun sağladığı gruplar arası homojenite sürdürülebilir ve tip 1 hata önlenmiş olur (Hollis ve Campbell, 1999). Uyumsuz ya da uygulamadan memnun kalmayan bireylerin analizden çıkartılması dolayısıyla girişim grubunun sadece uyumlu ve memnun

bireylerden oluşmasına neden olacaktır. Bu durum da yapılan uygulamanın klinik etkililiğinin olduğundan daha yüksek çıkmasına neden olacaktır (Polit ve Gillespie, 2010). ITT analizinin tam olarak uygulanabilmesi için randomizasyona katılan tüm bireylere ulaşılması gerekmektedir. Bu çalışmada bu durum sağlanamadığından sürekli veriler için önerilen, en son elde edilen verilerin sonuç ölçümlerine (Last Observation Carried Forward) tekrarlanarak doldurulmasıdır (Üstün ve Günüşen-Partlak, 2009). Girişim (n:8) ve kontrolden ayrılan (n:7) kadınların pretest ölçüm verileri posttest bölümüne yazılarak ITT analizi sağlanmıştır. Araştırma verileri hem araştırmaya katılan kadınların sonuçları, hem de ITT analizi ile değerlendirilerek sunulmuştur.

Tablo 14. Girişimsel Aşamada Kullanılan İstatistiksel Programlar ve Analizlerin Alanlarına Göre Dağılımı

İstatistik yapılan alanlar	Analiz programı ve kullanılan istatistiksel yöntemler*
Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü	Minitab 15 istatistik programı “ http://www.danielsoper.com/statcalc ”
Randomizasyon	SAS istatistik programı
Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol grupların homojenitesi	Sayı, yüzde, ki-kare ve iki ortalama arasındaki farkın önemlik t testi
Ölçeklerin güvenirliği	Cronbach alpha
Ölçeklerin tanımlayıcı verileri	Pretest-posttest puanlar, ortalama, standart sapma, min-max değerleri ve t testi
Girişim ve kontrol grubunun bağımlı değişkenlere göre pretest ve posttest ölçüm farkları	İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
Girişim ve kontrol grubunun kendi içinde bağımlı değişkenlere göre pretest ve posttest ölçüm farkları	İki eş arasındaki farkın önemlilik testi
Randomizasyon etkisinin sürdürülmesi, yanlılığın önlenmesi	Intention to treat analizi

* Randomizasyon ve örneklem büyüklüğü hesaplamaları dışında tüm analizler SPSS 18.0 istatistik programında gerçekleştirilmiştir.

7.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

İnfertilite ile ilgili çalışmalarda kanıta dayalı olarak sunulan öneriler, tedaviye başvuran çiftlerin birlikte değerlendirilmesi yönündedir (Kamel, 2010). Bu araştırmada erkeklerin tedaviye devamlılıklarının yetersiz olması nedeniyle, araştırma tasarımına eşler dahil edilmemiştir. Araştırma planlanırken tek ünitenin yaratacağı sabit infertil çift profilini ekarte etmek için verilerin bir üniversite tüp bebek merkezi, bir de özel merkezden elde edilmesi planlanmıştır. Ancak zaman ve mekan sorunları nedeniyle araştırma tek merkezde yürütülmüştür. Araştırma boyunca örneklemde kayıplar yaşanması araştırmanın bir sınırlılığıdır.

7.9. Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu (Araştırmanın etik kurul onay tarihi 16.03.2009; numarası B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/400 (Ek 11) ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Onay tarihi:03.07.2009, numarası B.30.2.AKD.0.20.05.05/ETİK, Ek 12) onay alınmıştır. Araştırmanın uygulanacağı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 13).

7.10. Araştırma Etiği

Araştırma boyunca gönüllülük ilkesi gereğince, araştırmanın amacı, uygulanması, araştırmaya katılmanın gönüllülüğü ve istediği zaman ayrılabilceği hakkında her katılımcıya bilgi verildikten sonra, katılmak isteyenlere Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 14) verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

8. BULGULAR

İnfertil kadınların infertilite tanısı, doğurganlık kaybı ve tedavi süreciyle baş etmelerine destek olmak üzere uygulanan Watson'ın İBK'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının, bu kadınların infertiliteden etkilenme durumuna, infertilite öz-yeterlik algılarına ve infertilite uyum düzeylerine etkisini gösteren sonuçlar incelenmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesabına göre belirlenen 120 kadından, analize toplam 105 kadın girmiştir. Örneklemden kayıp oranı 15/120 olmak üzere %12.5 olarak bulunmuştur. Girişim grubunda 52 (8/60) kadın kalmış ve kayıp oranı %13.3 olarak bulunmuş, kontrol grubunda 53 (7/60) kadın kalmış ve kayıp oranı %11.6 olarak bulunmuştur. Girişim grubu ile kontrol grubu arasında kayıp açısından bir farklılık olmadığı görülmüştür. Randomizasyondan sonra meydana gelen kayıp oranı (%12.5) kabul edilebilir sınırlar içindedir. Kayıp oranının (drop out) randomizasyonu bozmaması için en fazla %20 olması istenmektedir (Fewtrell ve ark., 2008).

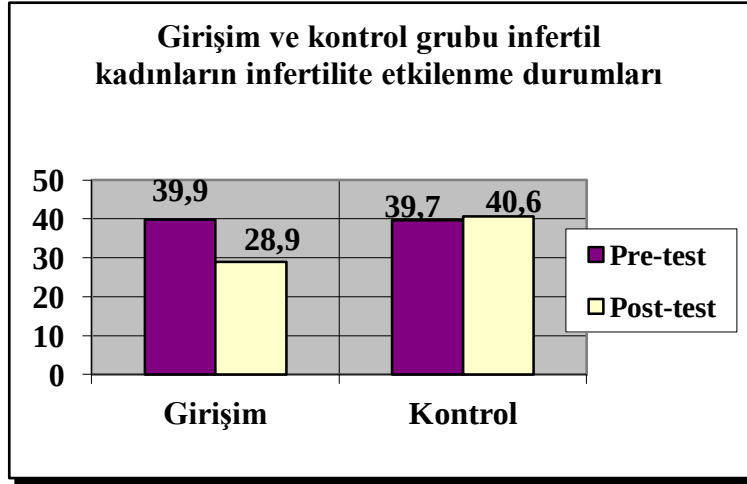
Katılımcı kadınların ortalama 31 yaşında ve altı yıllık evli, üçte birinin lisans ve lisansüstü eğitilmiş, üçte ikisinin ev kadını, yaklaşık %60'ının gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Kadınların tamamının bir sosyal güvencesi olduğu ve tamamına yakınının tedavi masraflarını sosyal güvencesi ile birlikte kendisinin karşıladığı görülmüştür (Tablo 11). İnfertiliteyle ilgili bilgiler incelendiğinde, kadınların ortalama infertilite sürelerinin 4 yıl, tedavi sürelerinin ise 3 yıl olduğu, yaklaşık yarısının KOH aldığı ve IUI uygulandığı belirlenmiştir. Kadınların şimdiki tedavilerinin yaklaşık yarı yarıya IUI ve IVF olduğu belirlenmiştir. İnfertilite nedenleri açısından bakıldığında, en yüksek oranda kadın faktörünün olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Bu bölümde araştırmanın bağımlı değişkenlerine ilişkin bulgular, çalışılan grupların bulgular ve Intention to Treat analizine dayalı bulgular birlikte olarak sunulmuştur. Sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir.

- 1. İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına İlişkin Bulgular**
- 2. İnfertil Kadınların İnfertilite Öz-Yeterlik Algılarına İlişkin Bulgular**
- 3. İnfertil Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerine İlişkin Bulgular**

8.1. İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde randomizasyon sonrası, girişim ve kontrol grubu infertil kadınların çalışma öncesi ve sonrası infertilite etkilenme durumları Şekil 9 ve Tablo 15’te verilmiştir.



Şekil 9. Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınların İnfertilite Etkilenme Durumlarının Pretest ve Posttest Verileriyle Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu kadınların infertiliteden etkilenme durumları çalışma başında aynı iken (sırasıyla İEÖ puan ort: 39.9, 39.7), çalışma sonunda kontrol grubunda değişim olmazken (40.6), girişim grubunda infertiliteden etkilenmenin azaldığı görülmektedir (28.9) (Şekil 9).

Girişim grubunun İEÖ’den aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, pretest (39.9 ± 11.6) ve posttest (28.9 ± 6.5) ortalamaları arasında 11 puanlık bir düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($t: 8.90, p:0.000$) (Tablo 15).

Kontrol grubu kadınların İEÖ puanları pretest (39.7 ± 10.6) ve posttest (40.6 ± 11.3) ortalamaları arasında bir puanlık bir fark olduğu, bu farkın tedavi sonunda “olumsuz yönde etkilenme” yönünde gerçekleştiği görülmüştür. İki ortalama arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t:-1.51, p:0.14$) (Tablo 15).

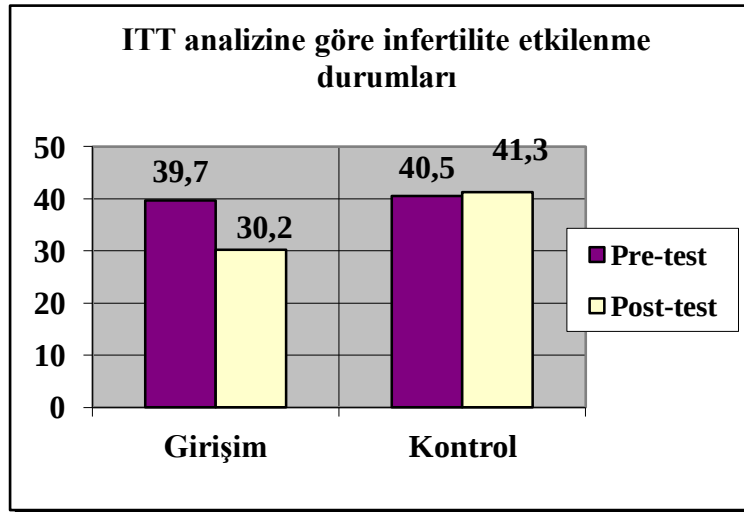
Girişim ve kontrol grubu kadınların infertiliteden etkilenme düzeyleri açısından pretest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ($t:0.01, p:0.92$), çalışma sonunda posttest puanları arasında ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t:8.44, p:0.004$) (Tablo 15).

Tablo 15. Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınlarda PreTest ve PostTest İnfertilite Etkilenme Durumları

Gruplar Ölçekler	Girişim Grubu (n:52)		Kontrol Grubu (n:53)		Pretest		Posttest	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test	t	p	T	p
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD				
İEÖ	39.9±11.6	28.9±6.5	39.7±10.6	40.6±11.3	0.01	0.92	8.44	0.004*
t ve p	t: 8.90 p: 0.000*		t:-1.51, p:0.14					

*p<0.05

Girişim ve kontrol grubu kadınların ITT analizine göre pretest ve posttest infertilite etkilenme durumları Şekil 10 ve Tablo 16’de verilmiştir.



Şekil 10. ITT Analizi Yapılan Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertilite Etkilenme Durumlarının Pretest ve Posttest Verileriyle Karşılaştırılması

Girişim grubu kadınların infertiliteden etkilenme durumlarının çalışma sonunda olumlu yönde azaldığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise çalışma sonunda infertiliteden etkilenmenin arttığı saptanmıştır (Şekil 10).

Girişim grubunun İEÖ’den aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, pretest (39.7±11.2) ve posttest (30.2±7.5) ortalamaları arasında dokuz puanlık bir düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (t: 8.1, p:0.000).

Kontrol grubu kadınların İEÖ puanları pretest (40.5±10.6) ve posttest (41.3±11.1) ortalamaları arasında bir puanlık bir fark olduğu, bu farkın tedavi sonunda etkilenmeden

olumsuz yönde etkilenme yönünde gerçekleştiği görülmüştür. İki ortalama arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (t:-1.5, p:0.31).

Girişim ve kontrol grubu kadınların infertiliteden etkilenme durumları incelendiğinde girişim öncesi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmazken (t:-0.38, p:0.70), girişim sonrası anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (t:-6.42, p:0.000)(Tablo 16).

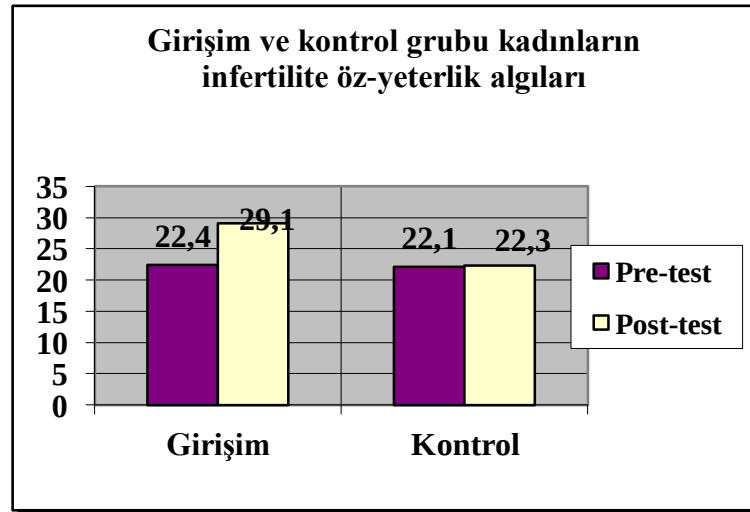
Tablo 16. ITT Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların Pretest ve Posttest İnfertilite Etkilenme Durumlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Girişim Grubu (n:60)		Kontrol Grubu (n:60)		Pretest		Posttest	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test				
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	t	p	t	p
İEO	39.7±1.2	30.2±7.5	40.5±10.6	41.3±11.1	-0.38	0.70	-6.42	0.000*
t ve p	t: 8.11, p:0.000*		t:-1.5, p:0.31					

*p<0.05

8.2. İnfertil Kadınların İnfertilite Öz-Yeterlik Algılarına İlişkin Bulgular

Girişim ve kontrol grubu kadınların çalışma öncesi ve sonrası infertilite öz-yeterlik algıları Şekil 11 ve Tablo 17’de verilmiştir.



Şekil 11. Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınların İnfertilite Öz-Yeterlik Algılarının Pretest ve Posttest Verileriyle Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu infertil kadınların çalışma öncesi ve sonrasına göre infertilite öz-yeterlik algıları Şekil 11’de verilmiştir. Girişim grubu kadınların infertilite öz-yeterlik algısı bu çalışmayla birlikte artarken, kontrol grubunda değişiklik olmamıştır.

Girişim grubunun İÖYÖ-KF’den aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, pretest (22.4±5.0) ve posttest (29.1±3.1) ortalamaları arasında yedi puanlık bir artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (t: -10.01, p:0.000) (Tablo 17).

Kontrol grubu kadınların İÖYÖ-KF puanları pretest (21.1±5.0) ve posttest (22.3±5.5) ortalamaları arasında bir puanlık bir artış olduğu, bu artışın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (t:-0.14, p:0.89) (Tablo 17).

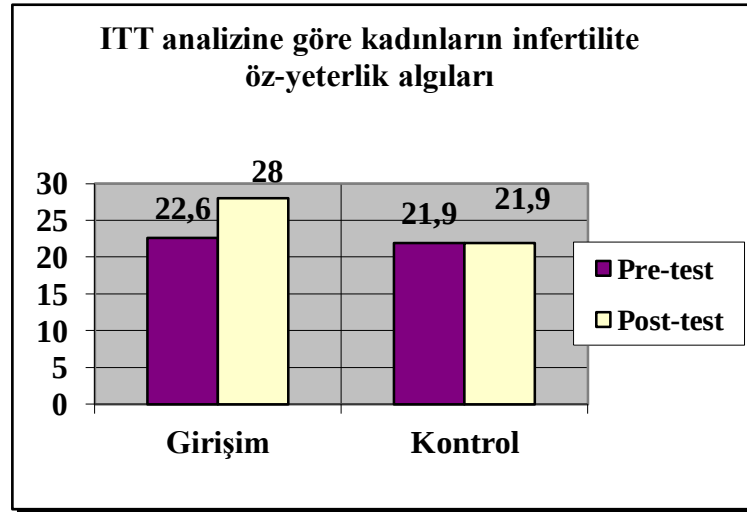
Girişim ve kontrol grubu kadınların İÖYÖ-KF pretest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken (t:0.06, p:0.80), çalışma sonunda posttest puanları arasında ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (t:16.20, p:0.000) (Tablo 17).

Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınlarda Pretest ve Posttest İnfertilite Öz-Yeterlik Algıları

Gruplar Ölçek	Girişim Grubu (n:52)		Kontrol Grubu (n:53)		Pretest		Posttest	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	t	p	t	p
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD				
İÖYÖ-KF	22.4±5.0	29.1±3.1	22.1±5.0	22.3±5.5	0.06	0.80	16.20	0.000*
t ve p	t: -10.01, p:0.000*		t:-0.14, p:0.89					

*p<0.05

ITT analizine göre girişim ve kontrol grubu kadınların pretest ve posttest infertilite öz-yeterlik algıları Şekil 12 ve Tablo 18’da verilmiştir.



Şekil 12. ITT Analizi Yapılan Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların PreTest ve PostTest İnfertilite Öz-yeterlik Algılarının Karşılaştırılması

ITT analizi yapılan kadınların çalışma öncesi ve sonrası İÖYÖ-KF puanları girişim ve kontrol grubuna göre karşılaştırmalı olarak Şekil 12’de verilmiştir. Girişim grubu kadınların çalışma sonunda öz-yeterlik puanlarında artış olurken kontrol grubu kadınların puanının sabit kaldığı saptanmıştır (Şekil 12).

Girişim grubunun infertilite öz-yeterlik ölçeğinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, pretest (22.6 ± 5.1) ve posttest (28.0 ± 3.6) ortalamaları arasında altı puanlık bir artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($t: -8.9, p:0.000$) (Tablo 18).

Kontrol grubu kadınların İÖYÖ-KF puanları pretest (21.9 ± 5.0) ve posttest (21.9 ± 5.4) ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t: -0.14, p:0.89$) (Tablo 18).

Girişim ve kontrol grubu kadınların infertilite öz-yeterlik algıları incelendiğinde girişim öncesi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmazken ($t:0.77, p:0.44$), girişim sonrası gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($t:7.33, p:0.000$) (Tablo 18).

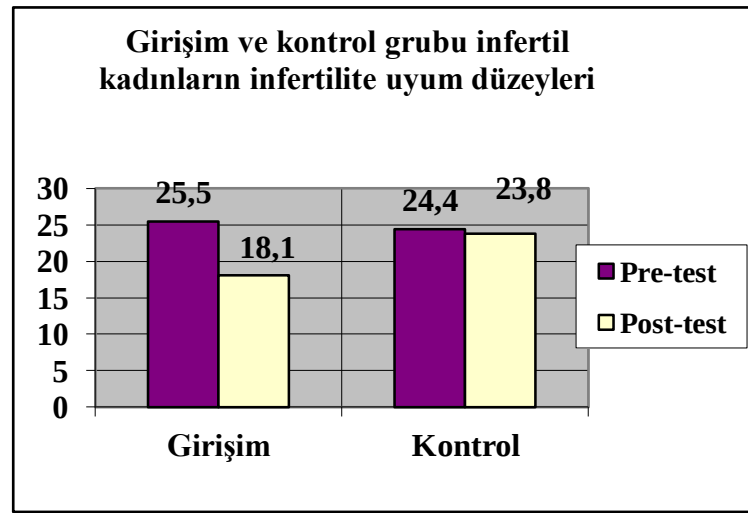
Tablo 18. ITT Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların Pretest ve Posttest İnfertilite Öz-yeterlik Algılarının Karşılaştırılması

Gruplar Ölçek	Girişim Grubu (n:60)		Kontrol Grubu (n:60)		Pretest		Posttest	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test				
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	t	p	t	p
İÖYÖ- KF t ve p	22.6±5.1	28.0±3.6	21.9±5.0	21.9±5.4	0.77	0.44	7.33	0.000*
	t: -8.92, p: 0.000*		t:-0.14, p:0.89					

*p<0.05

8.3. İnfertil Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerine İlişkin Bulgular

Girişim ve kontrol grubu kadınların çalışma öncesi ve sonrası infertilite uyum düzeyleri Şekil 13 ve Tablo 19’de verilmiştir.



Şekil 13. Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerinin Pretest ve Posttest Verileriyle Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu infertil kadınların infertilite uyum düzeyleri, pretest ve posttest verileriyle karşılaştırılmıştır (Şekil 13). Girişim grubunun infertilite uyum ölçeğinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, pretest (25.5±6.9) ve posttest (18.1±5.5) ortalamaları arasında yedi puanlık bir düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (t: 11.20, p:0.000) (Tablo 19).

Kontrol grubu kadınların İÜÖ puanları pretest (24.4±7.3) ve posttest (23.8±6.9) ortalamaları arasında bir puanlık bir azalış olduğu görülmüştür. İki ortalama arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (t:1.01, p:0.32) (Tablo 19).

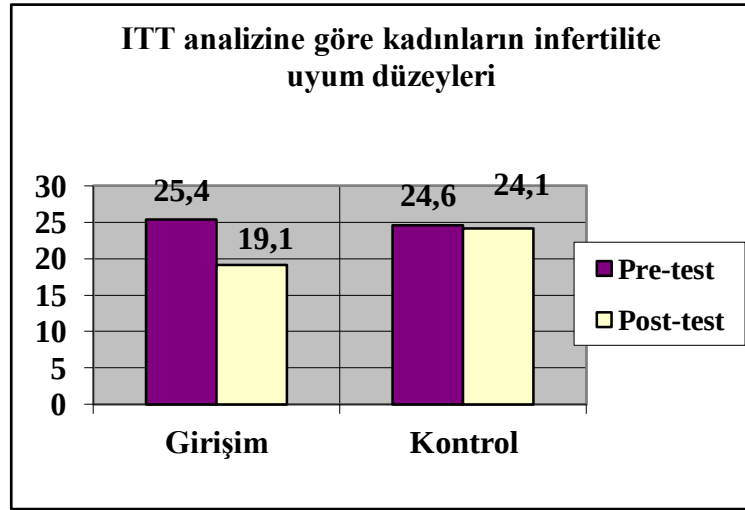
Girişim ve kontrol grubu kadınların infertilite uyum pretest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ($t:0.23$, $p:0.60$), çalışma sonunda posttest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t:5.23$, $p:0.02$) (Tablo 19).

Tablo 19. Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınlarda Pretest ve Posttest İnfertilite Uyum Düzeyleri

Gruplar Ölçekler	Girişim Grubu (n:52)		Kontrol Grubu (n:53)		Pretest		Posttest	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test				
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	t	p	t	P
İÜÖ	25.5±6.9	18.1±5.5	24.4±7.3	23.8±6.9	0.23	0.60	5.25	0.02*
t ve p	t: 11.20, p:0.000*		t:1.01, p:0.32					

* $p<0.05$

Girişim ve kontrol grubu kadınların ITT analizine göre pretest ve posttest infertilite uyum düzeyleri Şekil 14 ve Tablo 20’de verilmiştir.



Şekil 14. ITT Analizi Yapılan Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

ITT analizine giren kadınların infertilite uyum puanlarındaki etkilenme Şekil 12’de verilmiştir. Buna göre girişim grubundaki kadınların çalışma sonunda infertilite uyum puanı azalır ve uyum düzeyi artarken, kontrol grubundaki kadınlarda bir değişiklik olmamıştır (Şekil 14).

Girişim grubunun infertilite uyum ölçeğinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, pretest (25.4 ± 6.8) ve posttest (19.1 ± 6.1) ortalamaları arasında altı

puanlık bir düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (t: 9.7, p:0.000) (Tablo 20).

Kontrol grubu kadınların İÜÖ puanları pretest (24.6±7.3) ve posttest (24.1±7.0) ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (t:1.0, p:0.32) (Tablo 20).

Girişim ve kontrol grubu kadınların infertilite uyum düzeyleri incelendiğinde girişim öncesi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmazken (t:0.61, p:0.54), girişim sonrası anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (t:-4.20, p:0.000) (Tablo 20).

Tablo 20. ITT Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların Pretest ve Posttest İnfertilite Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Ölçek \ Gruplar	Girişim Grubu (n:60)		Kontrol Grubu (n:60)		Pretest		Posttest	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test				
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	t	p	t	p
İÜÖ	25.4±6.8	19.1±6.1	24.6±7.3	24.1±7.0	0.61	0.54	-4.20	0.000*
t ve p	t: 9.70, p:0.000*		t:1.01, p:0.32					

9. TARTIŞMA

Araştırmada Watson'ın İBK'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının çalışma sonuçlarına göre kadınların infertiliteden etkilenme durumu, öz-yeterlik algıları ve uyum düzeylerine etkileri irdelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlar üzerinden yapılan analizler ile ITT analizleri arasında bir farklılık bulunmamıştır. Bu nedenle bu bölümde bulguların bir bütün olarak tartışılması uygun görülmüştür.

Bu bölümde, araştırmanın bu aşamasında elde edilen sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları
- Kadınların İnfertilite Öz-Yeterlik Algıları
- Kadınların İnfertilite Uyum Düzeyleri

9.1. Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları

Kadınların infertiliteden etkilenme durumları çalışma öncesi ve sonrası veriler kullanılarak tartışılmıştır. Girişim ve kontrol grubu kadınların girişim öncesi infertilite etkilenme düzeyleri açısından benzer olduğu, iki grubun da İEÖ puanlarının ortalamaya yakın ve ortalamanın altında (girişim grubu: 39.9 ± 11.6 , kontrol grubu: 39.7 ± 10.6) olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların infertiliteden aynı düzeyde olumsuz etkilendikleri söylenebilir. Bu sonuçlar ülkemizde yapılan iki çalışma ile benzerlik göstermektedir (Akyüz ve ark., 2008; Ünal ve ark., 2010).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların, girişim sonunda infertiliteden etkilenme durumunda, istatistiksel olarak ileri derece anlamlı olmak üzere, 11 puanlık bir düşüş meydana gelmiştir. İEÖ'den alınan düşük puanın infertiliteden daha az olumsuz etkilenme anlamına gelmesi, Watson'ın İBK'na dayalı olarak verilen hemşirelik bakımının istendik sonuçlarındandır. Bu sonuçla birlikte H1 hipotezi (Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan girişim grubundaki kadınların infertiliteden etkilenme düzeyleri, kontrol grubuna göre daha azdır) doğrulanmaktadır. Girişim grubuna uygulanan iyileştirici süreçlere dayalı yaklaşımın, kadınların içinde bulundukları durumun olumsuz yönlerinden etkilenmesini engellemiş olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu kadınlarda ise tedavi sonunda etkilenme durumunda bir değişim olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç infertilite hemşiresinden yeterli ve planlı bir destek almayan kadınların, infertiliteden olumsuz etkilenmeye devam ettiği yargısını pekiştirmektedir.

Çocuk sahibi olmaya ilişkin yetersizlik duygusu ve fertilit  yeteneğinin kaybı, infertil bireyler tarafından oldukça stresli ve sıkıntı yaratan bir deneyim olarak algılanmaktadır (Cousineau ve Domar, 2007). Hollanda'da yapılan bir çalışmada, infertil Hollandalı kadınlara kıyasla Türk kadınlarda, gebe kalamamanın kadınlara yaşanılan duygusal sıkıntıları önemli oranda arttırdığı görülmüştür (Van Rooij ve ark., 2007). Bu sonuçlar ülkemizde yapılan bir çalışmada da desteklenmektedir (Karlıdere ve ark., 2008). Ayrıca infertilite deneyimini kalitatif olarak inceleyen araştırmalar, bu deneyimin yıkıcı ve tahrip edici olduğunu göstermektedir (Allan, 2007; Daniluk, 2001; Dyer ve ark., 2002; Dyer ve ark., 2005). YÜT ile gebe kalan kadınlara infertilite tedavisi sürecinde yaşadıklarını kalitatif olarak inceleyen bir araştırmada, infertiliteden etkilenme, kontrol ve seçim eksikliği, duygusal etkilenme temalarına ulaşılmıştır. Aynı araştırmada kadınlara tedavilerini saygılı ve bütünlüklerine duyarlı bir biçimde, uygun destek ve ilgi sağlanarak sunulmasını istedikleri anlaşılmıştır. Kadınlara, yaşadıkları sıkıntıların ve etkilenmenin fark edilmesini, kendilerini önemli hissetmeyi ve sağlık personeline güvenmeyi istemektedir (Redshaw ve ark., 2007).

Watson İBK ile bakımı, bedensel, akısal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi olarak tanımlar ve bakımın duyarlılık, uyumluluk, doğruluk, güvenirlik, sevgi, ilgi, saygı, empati, içtenlik, samimiyet, yüksek ahlaki ve etik sorumluluk ile gerçekleştiğini bildirir (Watson, 2008). Bu bakım felsefesine dayalı olarak bu çalışmada, bakım ile infertil kadınlara kalitatif araştırmalarla ortaya koydukları gereksinimler belli ölçüde karşılanmıştır. Modern tıbbın ağırlıklı olarak teknolojik tedavilere odaklanması ve bireylerin sevgi, ilgi, saygı, empati, içtenlik, samimiyet, yüksek ahlaki ve etik sorumluluk gibi gereksinimlerinin gözden kaçması, sağlık bakımında yeni bir paradigma doğmasına neden olmuştur. Bu paradigma, Watson'ın da temel aldığı bireyin akıl-beden-ruh uyumunu sağlamak ve sürdürmek için bakım-iyileştirme yöntemlerinin bilinçli kullanıldığı iyileştirici bakım yaklaşımına odaklanmadır.

Mental-bilişsel, solunum ve işitme yöntemlerinin bilinçli kullanımını kapsayan, akıl-beden-ruh yaklaşımına dayalı psiko-eğitimsel girişimlerin, infertil bireylerin olumsuz duygularla başetmesinde ve infertiliteden daha az etkilenmesinde etkin olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Chan ve ark., 2006; Lee, 2003; Lemmens ve ark., 2004; Valiani ve ark., 2010). G r ld ğu gibi bu yöntemler yeni değildir ve Watson'ın İBK'na da temel olmuşlardır. Watson hemşirelerin, mevcut becerilerini geliştirerek, yukarıda bahsedilen psiko-eğitimsel girişimleri, bakım-iyileştirme

yöntemleri içerisinde bilinçli olarak kullanmaları gerektiğini savunmaktadır (Fawcett, 2005). Bu öneri doğrultusunda bu tez çalışmasında infertil kadınlara derin solunum, progresif kas gevşemesi ve imajinasyonu içeren gevşeme egzersizleri öğretilmiştir ve müzik eşliğinde uygulanmıştır. Girişim grubundaki kadınların infertilite tedavisiyle daha iyi baş etmeleri ve daha az etkilenerek tedavilerini yürütmeleri sağlanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu kadınların girişim sonunda infertiliteden etkilenme durumları arasında farklılık olup olmadığı İEÖ'nin posttest puanları incelenerek belirlenmiştir. İki grup arasında infertiliteden etkilenme düzeyleri açısından ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p:0.004<0.05$). Bu farkın yapılan RKÇ'ya dayalı olarak İBK'na temellendirilmiş hemşirelik bakımından kaynaklandığı söylenebilir. Bleil ve arkadaşları (2007), infertil kadınların olumlu düşünmesinin, onları infertilite tedavisinin yaratacağı stres, anksiyete durumundan, hatta başarısız tedavi sonucundan koruyabileceğini bildirmektedir. Kuramda yer alan yardım edici-güven verici bakım ilişkisini geliştirme, pozitif ve negatif duyguların kabul edilmesi ve desteklenmesi ve bakım verici karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kapsayan iyileştirme süreçlerinin kullanımıyla, girişim grubundaki kadınlarla güven verici bir bakım ilişkisi kurulmuş, olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlanmış, bu duygular kabul edilmiş, bireysel problem çözme süreçleri kullanılarak yaşadıkları olumsuz süreci en az etkilenme ile geçirmeleri sağlanmıştır. Watson'ın İBK kullanımı standart hemşirelik bakımına kıyasla sistematik bir yaklaşım sağlaması, geliştirilen bakım rehberi ile kullanılan iyileştirici süreçlerden infertiliteden daha az etkilenmenin amaçlanması, etkilenme düzeyindeki olumlu değişimin kaynağı olarak gösterilebilir.

Literatür taramasında, infertil kadınlara yönelik Watson'ın İBK'nı temel alınarak yapılmış bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Bununla birlikte farklı gruplarda Watson'ın İBK'na temellendirilerek verilen hemşirelik bakımının, bakım sonuçlarına olan olumlu etkileri araştırmalarla ortaya konmuştur. Lukas (2004), İBK'na temelli olarak yaptığı araştırmasında ortopedik şikayeti olan bireylere perioperatif müzik dinletmenin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkisi olduğunu kanıtlamıştır. Pipe ve arkadaşları (2010), hikaye yazma ve anlatma, yaşam ağacı posterini çizme gibi yöntemleri kullanarak oluşturdukları iyileşme çevresinde, kişilerarası etkili bir etkileşim ile yaşlı bireylerin duygusal, manevi ve bedensel iyilik halinde artış gerçekleştirmişlerdir. Mahler (2010), Watson'ın İBK'na dayalı olarak geliştirdiği geropalyatif bakım modelinin, birey ve aile sonuçlarını olumlu etkilediğini tespit etmiştir. Erci ve arkadaşları (2003), hipertansif

hastalarda, Watson'ın İBK'nı kullanarak gerçekleştirilen hemşirelik bakımının, bireylerin kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olduğu ortaya konmuştur. Çalışılan grup farklı olsa da, bu araştırmaların ortak yönü kuramın önerdiği bakım-iyileşme çevresinin ve yöntemlerinin kullanılmasıdır. Bu çalışmanın özgün yönü de, kuramın infertil kadın grubunda infertiliteden daha az etkilenmeye olumlu katkılarının olmasıdır.

9.2. Kadınların İnfertilite Öz-yeterlik Algıları

Kadınların infertilite öz-yeterlik algıları çalışma öncesi ve sonrası veriler kullanılarak irdelenmiştir. İnfertil kadınlardan girişim grubunun infertilite öz-yeterlik puanında, istatistiksel olarak anlamlı biçimde, altı puanlık bir artış olduğu saptanmıştır. Yüksek puan infertilite öz-yeterlik algısında artma anlamına gelmektedir. Bu durum İBK'a dayalı olarak verilen hemşirelik bakımının istendik sonuçlarındandır ve H 2 hipotezini (Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan girişim grubundaki kadınların infertilite öz-yeterlik algıları, kontrol grubuna göre daha yükseltir) doğrulamaktadır.

Kontrol grubunda ise infertilite öz-yeterlik algısının çalışma öncesi ve sonunda aynı kaldığı, değişmediği görülmektedir. Benzer şekilde, Cousineau ve arkadaşları (2008)'nin yaptığı RKÇ'da, kontrol grubunun tedavi sürecinde öz-yeterlik algısında bir değişme olmadığı görülmektedir. Bu durum, tek bir infertilite tedavisinin kadınların öz-yeterliğini değiştirmede anlamına gelmektedir. Literatürde infertilite öz-yeterlik algısını longitudinal olarak inceleyen bir çalışmaya ulaşılamıştır.

Girişim ve kontrol grubu kadınların infertilite öz-yeterlik algıları açısından pretest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, çalışma sonunda posttest puanları arasında ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p:0.000<0.05$). Bu farkın yapılan RKÇ'ya dayalı olarak kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımından kaynaklandığı söylenebilir. Üreme yeteneğindeki kayıpla ilgili stres, sıkıntı ile infertilite tedavisinin getirdiklerine uyum sağlama ve bunlarla baş etme yeterliğine güvenme arasında güçlü ve ters bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır (Nelson ve Geller, 2010). Bir durumla ilgili rahatsız edici duygular, anksiyete ve stres, o duruma ilişkin bireyin öz-yeterlik gelişimini olumsuz etkilemektedir (Bandura, 1998). İnfertilite ve tedavisiyle baş etme yeterliğini hissetme, kendine güvenme “infertilite öz-yeterlik” olarak tanımlanmaktadır (Cousineau ve ark., 2006; Nelson ve Geller, 2010). Öz-yeterlik

bireyleri aksilikler ve zorluklarla baş etmek ve başarısız olduklarında çabalarını artırmak için teşvik eden çok önemli bir duygudur (Bandura, 1998).

İnfertilite öz-yeterlik kavramı, ilk olarak Cousineau ve arkadaşları (2006) tarafından kullanılmıştır. İnfertilite öz-yeterlik algısı, bireyin infertilite tedavisiyle ilgili yükümlülüklerini gerçekleştirme yeteneğine olan inancı/algısıdır. Yazarlar genel öz-yeterlik kavramını, infertilite tedavisiyle ilgili talepleri yerine getirme ve baş edebilme deneyimi ile adapte etmişlerdir (Cousineau ve ark., 2006; Nelson ve Geller, 2010). Kavram, bireylerin infertilite tedavisine ilişkin yeterliklerine olan güvenlerini ele almaktadır. Bu açıdan, infertilite öz-yeterlik algısı, infertilite tedavisine özel baş etmeyle oldukça benzerdir. Bazı baş etme davranışları pozitif tutumu sürdürmek, test sonuçlarını beklerken rahat olmak, tedaviyle ilgili ruhsal değişikliklerle baş etmeyle ilgili bireylerin yeterliklerini içermektedir. Bu yapı teorik olarak yazarların, “fertilite tedavisiyle baş etme ve yönetme konusunda bireylerin yeterlik ve yeteneklerine güvenmesi, daha olumlu duygusal sonuçlarla, tedavide süreklilikle, aile kurma kararıyla sonuçlanmalı” varsayımına dayalıdır (Cousineau ve ark., 2006).

Literatürde İBK’na dayalı olarak infertil kadınların öz-yeterliğini artırmaya yönelik yapılan çalışmalara ulaşılmamıştır. Bununla birlikte kuramın bakım-iyileşme yöntemleri arasında önerilen bazı yöntemleri kullanan araştırmalara ulaşılmıştır. Bu araştırmalarda infertilite öz-yeterlik algısını artırmaya yönelik farklı teknikler kullanılmıştır. Genel olarak çalışmaların infertilite öz-yeterlik algısını arttırdığı ortaya konmuştur. Bu çalışmalardan bir kaç, akupunktur uygulamasının infertil kadınların öz-yeterlik algısını arttırdığını saptamıştır. Kadınların tanımladığı gevşeme ve rahatlamada artışın, baş etmeyi güçlendirdiği, sonuçta infertilite stresinin azaldığı ve öz-yeterlik algısının arttığı ortaya konmuştur (Kovarova ve ark., 2010; Smith ve ark., 2011). Diğer bir çalışmada, Watson’ın da felsefi olarak desteklediği iyileşme yöntemlerinden olan psiko-eğitimsel destek girişimleri online olarak sunulmuş, RKÇ sonunda infertil kadınların öz-yeterlik algısının arttırdığı saptanmıştır (Cousineau ve ark., 2008).

9.3. Kadınların İnfertilite Uyum Düzeyleri

Tartışmanın bu bölümünde kadınların infertiliteye uyum düzeyleri kritik edilmiştir. Araştırmaya katılan girişim grubu kadınların infertilite uyum puanında istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüş olduğu saptanmıştır ($p:0.000<0.05$). İÜÖ’den alınan puanlar düştükçe, infertilite uyum düzeyi artmaktadır. Bu araştırma ile İBK’n temellendirilmiş hemşirelik bakımının, kadınların infertiliteye uyumunu arttırdığı

saptanmıştır. Buna göre, “Watson’ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan girişim grubundaki kadınların infertilite uyum düzeyi, kontrol grubuna göre daha yükseltir.” hipotezi (H 3) kabul edilmektedir. İnfertilitenin bireylerde yarattığı ümitsizlik, gelecek kaygısı, plan yapamama, kayıp, izolasyon, damgalanma duyguları, bireylerin infertiliteye uyum sağlayamadığının belirtisidir (Mahajan ve ark., 2009). Watson’ın İBK’na dayalı olarak kadınlara bu duygularını paylaşma, aktarma, kabul etme fırsatı sağlanmış, olumsuz duygularına yönelik yaratıcı, kişiye özel problem çözme yöntemleri paylaşılmıştır. Bu sayede kuramın bakım ile iyileşme ve akıl-beden-ruh uyumunu sağladığı görülmüştür.

Kontrol grubunda ise infertilite uyum düzeyinin çalışma öncesi ve sonunda aynı kaldığı, uyum düzeyinde bir değişim olmadığı görülmektedir. Yapılan araştırmalar YÜT alan çiftlerde özellikle kadınların daha çok uyum sorunu yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Greil, 1997; Hammarberg ve ark., 2001; Verhaak ve ark., 2007). Buna rağmen, kontrol grubu kadınların standart hemşirelik bakımında, infertilite uyumunu arttırmaya yönelik özel bir girişim uygulanmadığı bilinmektedir. Dolayısıyla kontrol grubunda infertil kadınların hemşirelik bakımı, infertilite uyumu açısından bir değişken olmamaktadır.

Tedavi sürecine bağlı olduğu bilinen infertilite uyum düzeyinin, yaklaşık 3-5 yıl aldığı, çoğu infertil bireyin bu duruma uyum sağlayabildiği görülmüştür (Janssen ve ark., 1997; Bonanno ve Kaltman, 2001). Bununla birlikte, infertilite uyum kavramının tek bir tedavi sürecinden direk olarak etkilenmediği, sürece bağlı olduğu yorumu yapılabilir. Bir çalışmada çoğu kadının başarısız bir YÜT sonrasında uyum sağlayabildiği, ancak izlemde önemli bir oranının hala duygusal sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Kişisel özellikler, fertilite probleminin anlamı, ve sosyal destek, kadınlarda başarısız bir YÜT’e uyum sağlamayı etkileyen önemli değişkenlerdir (Verhaak ve ark., 2005). Verhaak ve arkadaşları (2007), kadınların IVF’e uyumunu değerlendirmiş ve tedavi sonucu başarısız olan çoğu kadının tedaviyi takip eden dönemlerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığını bulmuşlardır. Başarısız YÜT’nden 3-5 yıl sonra bir uyum göstergesi olarak yeni yaşam hedeflerine odaklanan kadınların duygusal durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Verhaak ve ark., 2007). Daniluk (2001), başarısız bir YÜT’nden sonra duygusal uyumun, geleceğe yönelmek anlamına geldiğini göstermiştir. Bu çalışmada da İÜÖ ile kadınların geleceğe yönelik hedefleri sorgulanmıştır. İBK’na dayalı olarak verilen hemşirelik bakımı ile, kadınların geleceğe daha olumlu bakmaları sağlanmış, uyum düzeyleri artırılmıştır.

Girişim ve kontrol grubu kadınların çalışma öncesi infertilite uyum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, çalışma sonunda ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p:0.000<0.05$). Bu farkın Watson'ın İBK'na dayalı uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının sonucu olduğu düşünülebilir. İnfertiliteye uyumu arttırmaya yönelik yapılan girişimlerin etkinliği incelenmiş ve problem odaklı ve olumlu anlam bulmaya yönelik baş etme stratejilerinin daha iyi uyumu elde etmede etkin olduğu, duygusal odaklı baş etme stratejilerinin ise istenmeyen olumsuz sonuçlara neden olduğu bulunmuştur (Lee ve ark., 2010). Bu çalışmada Watson'ın İBK'na göre duygu ve hislerin ifade edilmesi ve kabul edilmesi ve problem çözmeye yönelik girişimler kullanılmıştır. Sonuçta, bu girişimlerin ortaklaşa kullanımı ile infertiliteye daha fazla uyumun elde edildiği görülmüştür. İnfertilite merkezinde çalışan sağlık personeli, bireylerin YÜT'ne daha iyi uyum sağlanmasını arttırmak için, psiko-eğitimsel girişimlerle duygusal güçlükleri azaltmaya çabalamalıdır. Bireylerin ihtiyaçlarına göre hedef girişimler uygulanmalıdır (Moura-Ramos ve ark., 2010). Ayrıca infertil bireylere yönelik problem çözme stratejilerinin daha iyi uyumla ilişkili olduğunu ortaya konmaktadır (Schmidt ve ark., 2005; Terry ve ark., 1995). Problem odaklı baş etme ve iyi uyum arasında tipik olarak görülen olumlu ilişki, problem odaklı baş etmenin, bireyleri kendi özel amaçlarına odaklaması ve kendilerini daha etkili hissetmelerini sağlaması, durumsal kontrol deneyimlemelerine olanak sağlamasından kaynaklanmaktadır. Duygusal odaklı stratejilerin olumsuz etkisi ise, olayla yüzleşmeye yönelik çabaların başarısız olmasından kaynaklandığı iletilmiştir (Folkman ve Moskowitz, 2000).

Bireyler infertilite sürecinde fazlasıyla güç ve zahmetli seçeneklerle karşı karşıya gelmektedirler. Evlat edinmek, tedaviyi sonlandırmak, ailevi durumun olduğu gibi kalmasını kabullenmek veya kendilerini çocuk sahibi olmaya yakınlaştıracak her türlü risk ve sorumluluğa rağmen tedaviye devam etmeyi istemek birer seçenek olabilir. İnfertilitede uyum, benimsemeyi içermektedir. Burada benimseme, kararları ne olursa olsun çiftin birlikte hareket etmeleri ve yaşamlarını belli ölçüde kararlılık, çoğu durumda huzur içinde sürdürmeleri demektir (Okumuş ve Durgun, 2012). Bu sağlandığında infertilite hemşiresi “uyum” amacına ulaşmış olacaktır. Bu çalışmada hemşirelik bakım programı rehberliğinde, kadınların tedaviden beklentileri, tedaviye ilişkin korkuları, hayata dair beklentileri, olumlu ve olumsuz tüm düşünceleri ortaya konulmuştur. Duygu ve düşüncelerini ifade eden kadınlar genel olarak rahatladıklarını

ve hafiflediklerini bildirmişlerdir. Bu yansıtımlarla kadınların infertiliteden olumsuz etkilenmelerinin azaltılabildiği söylenebilir.

Watson, bakımın kişiler arası etkileşim ile aktarıldığını ve bu etkileşimin bireyin sağlığını geliştirdiğini bildirmektedir. Bu çalışmada da kişiler arası etkileşiminin sağlanması için iyileştirme süreçleri rehber olarak kullanılmıştır. Girişim grubundaki infertil kadınlara İBK'nın iyileştirme süreçleri uygulanırken, kuramın paylaştığı sevgi, ilgi, önemseme, otantik birliktelik, otantik dinleme, birey olarak önemseme, duyguları ifade ettirmeye çalışılmıştır. Watson bu deneyimlerin hemşirelik bakımının özü olduğunu ve bu deneyimlerin hemşire ve birey için iyileşme sağladığını bildirmiştir (Watson, 2012). Girişim grubundaki infertil kadınlar, görüşmeler sonunda verdikleri geri bildirimlerle, bu görüşmelerin sıkıntıları üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Kadınlar, bu süreçte kendilerini özel ve iyi hissettiklerini iletmiştir. Bu deneyimlerin, İBK'nın temel felsefesini yansıtan bir yaşantı olduğu düşünülmektedir.

İnfertil bireylerin hemşirelerden beklentileri ağırlıklı olarak etkili ve güler yüzlü bir iletişim, ilgi görme ve önemsenme şeklindedir (Durgun-Ozan, 2009). İnfertilite hemşirelerinin iletişim-etkileşim yoluyla duygusal destek sağlaması gerektiği ifade edilmiştir (Omu ve Omu, 2010). İnfertil kadınların yaşadığı etkilemenin tanımlanması, bireye özel destekleyici uygulamalar ve iyileştirici girişimlerle bu etkilenmenin azaltılabileceği bildirilmiştir (Gourounti ve ark., 2010). Yapılan tez çalışmasında “Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi” ve “olumlu ve olumsuz duyguların dinlenmesi, kabul edilmesi ve desteklenmesi” süreçleriyle kadınların yaşadıkları etkilenme düzeyi tanımlanabilmiş, “yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma” süreciyle bireye özel problem çözme yaklaşımları kullanılarak ve “kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri”nden yararlanılarak yaşanan etkilenmenin azaltılması sağlanmıştır.

İnfertilite hemşireleri, infertiliteden etkilenme ve uyum güçlüğü açısından riskli olan bireyleri tanımlamalı, infertilitede öz-yeterlik algısı ilgili risk faktörlerini azaltmalı ve koruyucu faktörleri güçlendirmelidir. Özellikle alana yönelik donanımlı hemşireler, başlangıçta infertil bireylerin etkilenme düzeylerini ve öz-yeterlik ve uyum gibi psikolojik durumlarını değerlendirmelidir. Süreç içinde hemşireler, infertilite tedavisinden kaçınma konusunda caydırıcı olmalı, infertilitenin olumlu olarak yeniden değerlendirilmesini ve aktif problem çözme yöntemlerini desteklemelidir. İnfertilite tedavisinin başında çiftlere infertilitenin neden olduğu psikososyal etkilenme, uyum ve yetersizlik ile ilgili güçlükler ve bunlarla baş etmeye yönelik yazılı bilgi veya görsel

sunumlar yapılmalıdır (Lykeridou ve ark., 2011). Watson'ın İBK'da "bireysel gereksinimlere ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama" süreci ile baş etmeye yönelik uygun öğrenme ve öğretme sağlanmıştır.

10. SONUÇ VE ÖNERİLER

10.1. Sonuçlar

Bu çalışma ile ilk defa İBK, infertil kadınların hemşirelik bakımında kullanılmıştır. Ayrıca bu araştırma ile ilk defa İBK, bir RKÇ'nin temelinde kullanılmıştır. Araştırmanın özgün yönü infertil kadınlara sunulan İBK temelli hemşirelik bakımının kanıt çalışmalarına destek sağlamasıdır. Sonuç olarak, İBK'na dayalı hemşirelik bakımının, infertil kadınların infertiliteden etkilenme, infertilite öz-yeterlik algıları ve uyum düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın, hemşirelik bilgisinin gelişmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Watson'ın İBK'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının, infertil kadınların infertiliteden etkilenme durumuna, infertilite öz-yeterlik algıları ve uyum düzeylerine etkisinin saptanması amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ✓ Watson'ın İBK'na temelli hemşirelik bakımının infertil kadınlarda uygulanabilir ve kolaylaştırıcı olduğu saptanmıştır.
- ✓ Girişim ve kontrol grubu arasında hemşirelik bakımı öncesi ve sonrasında infertilite etkilenme puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
 - Bakım öncesi girişim ve kontrol grubu kadınların infertiliteden olumsuz etkilenme durumları arasında fark yokken, bakım sonrası girişim grubu kadınların infertiliteden olumsuz etkilenmelerinde azalma meydana gelmiştir.
 - Kontrol grubu kadınların aldıkları standart hemşirelik bakımı sonucunda infertiliteden olumsuz etkilenmelerinde bir değişiklik olmamıştır.
- ✓ Watson'ın İBK'na dayalı hemşirelik bakımının, kadınların infertiliteye karşı öz-yeterlik algılarını arttırdığı belirlenmiştir.
 - Girişim grubu kadınların kontrol grubuna kıyasla, girişim sonunda infertilite öz-yeterlik algılarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
 - Kontrol grubu kadınların çalışma öncesi ve sonrasında infertilite öz-yeterlik algılarında istatistiksel olarak bir değişiklik olmadığı saptanmıştır.
- ✓ Fertilite kaybına uyum sağlama açısından İBK'na dayalı hemşirelik bakımının olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır.

- Girişim grubu kadınların kontrol grubuna kıyasla girişim sonunda infertilite uyum düzeylerinin istatistiksel olarak fertilite kaybına daha olumlu uyum sağladıkları ortaya konmuştur.
- Kontrol grubu kadınların çalışma öncesi ve sonrasında infertilite uyum düzeylerinde istatistiksel olarak bir değişiklik olmadığı saptanmıştır.

10.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

10.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- İnfertilite hemşirelerinin:
 - ✓ İnfertiliteden etkilenme, infertilite öz-yeterlik algısının ve fertilite kaybına uyumun önemi konusunda bilgilendirilmesi,
 - ✓ İnfertilite öz-yeterlik algısını güçlendirecek ve uyum düzeylerini arttıracak hemşirelik girişimlerini öğrenmeleri için hizmet içi eğitim programlarının yürütülmesi,
 - ✓ Tedavi edici iletişim teknikleri, bakım-iyileşme çevresi ve bakım-iyileştirme yöntemlerine ilişkin ileri eğitimler almaları ile uzmanlıklarının arttırılması,
 - ✓ Uygulama alanlarının “bakım-iyileşme çevresine” uygun olarak düzenlenmesi,
 - ✓ İBK’a göre bakım bilincinin önemine ilişkin duyarlılığın oluşturulması, çeşitli kongre, kurslar ve hizmet içi eğitim programlarında bilgilendirilmeleri ve kuram-temelli uygulama açısından pilot çalışma gruplarının oluşturulması önerilir.

10.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- İnfertilite öz-yeterlik algısının ve infertiliteye uyumun sosyo-demografik özellikler, tedavi öyküleri ve sonuçları ile ilişkisini inceleyen araştırmalar yapılması,
- İnfertil kadınların eşlerinin de psiko-sosyal etkilenmelerine yönelik İBK’na dayalı araştırmalar yapılması,
- İBK iyileştirme süreçlerinin tümünün infertil bireyler üzerindeki etkisinin deneysel çalışmalarla test edilmesi,
- İBK’a dayalı hemşirelik bakımının infertilitenin meydana çıkardığı umutsuzluk, damgalanma, yalnızlık, anksiyete, depresyon gibi diğer olumsuz psikososyal parametreler üzerine etkisini inceleyen deneysel çalışmaların yapılması,
- İBK’na dayalı olarak geliştirilen ve uygulamada yararlı olduğu ortaya konan ölçeklerin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Ak G. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2001.
2. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2002; 4(1): 9-14.
3. Akyüz A. IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Asker Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı, Ankara, Doktora Tezi, 2001.
4. Akyüz A, Gürhan N, Bakır B. Türk kadınları için bir infertilite tepki ölçeği geliştirilmesi ve geçerliliğin belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7(6): 469-476.
5. Aliyeh G, Laya F. Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. Med Sci Monit 2007; 13(7): 313-7.
6. Allan H. Experiences of infertility: liminality and the role of the fertility clinic. Nurs Inq 2007; 14(2):132-9.
7. Applegarth J, Dwyer T, Moxham L. Art nurses – Making an impact. Studies in LEID 2008; 5(2): 8–14.
8. Arıcı A, Attar E, Balaban E, Buyru F ve ark. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite, In: Umur Ç ed, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2006.
9. Ashcroft S. Developing the clinical nurse specialist's role in fertility: Do patients benefit?. Hum Fertil 2000; 3(4): 265-267.
10. Bandura A. Health promotion from perspective of social cognitive theory. Pscychology&Health 1998; 13: 623-249.
11. Barber D. Use of competencies in training fertility nurses in clinical practice. Hum Fertil (Camb). 1999; 2(1): 5-9.
12. Beji NK. Doğurganlık ile ilgili sorunlar ve hemşirenin değişen rolü, In: Beji NK, ed. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık 2001: 1–8.
13. Bernick L. Caring for older adults: Practice guided by Watson's Caring-Healing Model. Nurs Sci Q 2004;17(2): 128-134.

14. Blasdell AL, Klunick V, Purseglove T. The use of nursing and medical models in advanced practice: does education affect the nurse practitioner's practice model?. *J Nurs Educ* 2002; 41(5): 231-233.
15. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* 2003; 57: 2325–2341.
16. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 2007; 22 (6): 1506-1512.
17. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ* 2011;342:d223.
18. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(5):705-34.
19. Bozkurt O. İnfertilite Tedavi Sürecinin Psikiyatrik Etkileri, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2001.
20. Breidahl V. The ART of fertility nursing in Australia. *Aust Nurs J* 2005; 13(4):27-9.
21. Burns LH, Covington SN. *Psychology of Infertility*. Edit: Covington SN, Burns LH. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge University Press, New York, 2006. 1-20.
22. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. *International Association for Human Caring* 2003;7(3); 51-61.
23. Carson EM. A comparison of evidence of Watson's carative factors in performance appraisals for medical surgical registered nurses in the state of Illinois. Dissertation of Doctor of Education, Department of Teaching and Learning, Northern Illinois University, Illinois, 2002.
24. Carson EM. Do performance appraisals of registered nurses reflect a relationship between hospital size and caring?. *Nurs Forum* 2004; 39(1): 5-13.
25. Chan CH, Ng EHY, Chan CLW, Ho PC ve ark. Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertil Steril* 2006; 85: 339–46.
26. Childs A. The complex gastrointestinal patient and Jean Watson's Theory of Caring in nutrition support. *Gastroenterol Nurs* 2006; 29(4):283-288.

27. Clark CS. The transpersonal caring moment: Evolution of high ordered beings. *IJHC* 2003; 7(3):30-39.
28. Cousineau T, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2007; 21(2): 293-308.
29. Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Barnard T ve ark. Development and validation of the infertility self-efficacy scale. *Fertil Steril* 2006; 85(6):1684-96.
30. Cousineau TM, Green TC, Corsini E, Seibring A ve ark. Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2008; 23(3):554-566.
31. Cox SJ, Glazebrook C, Sheard C, Ndukwe G ve ark. Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertil Steril* 2006; 85(1):84-89.
32. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2004; 117: 126–131.
33. Dancet EAF, Nelen WJDM, Sermeus W, De Leeuw L, Kremer JAM, D'Hooghe TM. The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2010; 16(5); 467–487.
34. Daniluk JC. Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *J Couns Dev* 2001; 79: 439–449.
35. de Klerk C, Hunfeld JAM, Duivenvoorden HJ, den Outer MA ve ark. Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2005; 20(5): 1333–1338.
36. Deborah D, Dale R, Laurie C. Promoting health among infertile couples through support groups. *Guidance & Counseling* 2001; 16(4): p110-115.
37. Dennis CL. Breastfeeding self efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *JOGNN* 2003; 32, 734–743.
38. Devine KS. Caring for the infertile woman. *MCN* 2003; 28(2): 100-105.
39. Domar A, Clapp D, Slawsby E, Kessel B ve ark. The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychol* 2000; 19,568–575.
40. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J ve ark. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000; 73:805–12.

41. Drenkard KN. Integrating human caring science into a professional nursing practice model. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2008; 20: 403–414.
42. Durgun-Ozan Y. İnfertil Kadınların Tedavi Süreçleri İle İlgili Deneyimlerinin Ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2009.
43. Durning PE, Williams RS. Factors influencing expectations and fertility-related adjustment among women receiving infertility treatment. *Fertil Steril* 2004; 82(2),S101.
44. Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M and van der Spuy ZM. Men leave me as I cannot have children' women's experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod* 2002; 17: 1663–1668.
45. Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE, Lombard CJ, van der Spuy ZM. Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Hum Reprod* 2005; 20(7): 1938–1943.
46. Effect Size (ES). <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm>. Erişim tarihi: 09.02.2009.
47. Emery M, Béran MD, Darwiche J, Oppizzi L ve ark. Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Hum Reprod* 2003; 18(12); 2647-2653.
48. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30 (3):211-216.
49. Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kiliç D ve ark. The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *J Adv Nurs* 2003; 41(2): 130-139.
50. Fawcett J. Watson's theory of human care. In: J. Fawcett (Ed). *Contemporary Nursing Knowledge and Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, second edition. Philadelphia: Davis Company, 2005; 51-59, 553-599.
51. Fewtrell MS, Kennedy K, Singhal A, Martin RM, Ness A, Hadders-Algra M, Koletzko B, Lucas A. How much loss to follow-up is acceptable in long-term randomised trials and prospective studies?. *Arch Dis Child* 2008; 93(6): 458-61.
52. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs* 2008; 17: 196–204.
53. Folkman S & Moskowitz T. Positive affect and the other side of coping.

- American Psychologist 2000; 55: 647–654.
54. Gallagher-Lepak S, Kubsch S. Transpersonal caring a nursing practice guideline. *Holist Nurs Pract* 2009; 23(3): 171-182.
 55. Gerrity DA. A biopsychosocial theory of infertility. *The Family Journal* 2001; 9; 151-158.
 56. Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *DEÜHYO ED* 2008; 1(1):42-50.
 57. Glover L, Hunter M, Richards JM, Katz M ve ark. Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril* 1999; 72(4): 623-628.
 58. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Vaslamatzis G. Psychosocial Predictors of Infertility Related Stress: A Review. *Current Women's Health Reviews* 2010; 6: 318-331.
 59. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1997; (11):1679-704.
 60. Gözüml S, Aksayan S. Kùltürler arası ölçek uyarlaması rehber II: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemarg- G Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2003; 5(1): 3-14.
 61. Gülseren L, Çetinay P, Tokatlıoğlu B, Sarıkaya OO ve ark. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med* 2006; 51: 421-426.
 62. Hammerli K, Znoj H, Burri S, Graf P, Wunder D, Perrig-Chiello P. Psychological interventions for infertile patients: a review of existing research and A new comprehensive approach. *Counselling and Psychotherapy Research* 2008; 8(4), 246-252.
 63. Hammarberg K, Astbury J, Baker G. Women's experience of IVF treatment: a follow-up study. *Hum Reprod* 2001;16(2); 101-110.
 64. Hammond KR. How to help an infertile couple. *Nurs Pract* 2001; 26: Health Module 2-13.
 65. Hernandez G. The HeART of self-C.A.R.I.N.G.: A journey to becoming an optimal healing presence to ourselves and our patients. *Creat Nurs* 2009;15(3): 129-33.
 66. Himmel W, Meyer J, Kochlen MM, Michelmann HW. Information needs and visitors' experience of an internet expert forum on infertility. *JMIR* 2005; 7, e20.
 67. Hirsch AM, Hirsch SM. The long-term psychosocial effects of infertility.

- JOGNN 1995; 24(6): 517-22.
68. Hollis S, Campbell F. What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *BMJ* 1999; 319: 670-674.
69. Hosaka T, Matsubayashi H, Sugiyama Y, Izumi S ve ark. Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24: 353-356.
70. Hughes EG, da Silva AM. A pilot study assessing art therapy as a mental health intervention for subfertile women. *Hum Reprod* 2011; 26(3): 611–615.
71. Japanese Society of Infertility Nursing. Erişim adresi. <http://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/development.html#certified>
72. Janssen HJEM, Cuisinier MCJ and de Grauw CPHM. A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 56–61.
73. Jesse E. Watson's philosophy in nursing practice. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Nursing Theory, Utilization&Application*. 3nd ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2006. p.103-130.
74. Kainz K. The Role of The Psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues* 2000; 11(6): 481-485.
75. Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol*. 2010; 8:21.
76. Karanisoğlu H, Yazıcı S. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. Editör: Beji KN. *İnfertilite Hemşireliği*. Acar Basımve Cilt San Tic AŞ. İstanbul, 2009, 69-88.
77. Karlıdere T, Bozkurt A, Ozmenler KN, Ozsahin A, Kucuk T, Yetkin S. The Influence of emotional distress on the outcome of in-vitro fertilization (IVF) and/or intracytoplasmic sperminjection (ICSI) treatment among infertile turkishwomen. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008; 45(1): 55–64.
78. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002; 41(4): 229–232.
79. Kazandı M, Gunday O, Mermer TK, Erturk N, Ozkınay E. The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iran J Reprod Med* 2011; 9(2): 99-104.
80. Keskin-Gürbüz Ş. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun in Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi. *Marmara*

- Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
81. Koç İ, Özdemir E. Doğurganlık. TNSA 2003: 54. Erişim tarihi: 10 Aralık 2008, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum4.pdf>.
 82. Kovárová P, Smith CA, Turnbull DA. An exploratory study of the effect of acupuncture on self-efficacy for women seeking fertility support. *Explore (NY)*. 2010; 6(5):330-4.
 83. Kumar D. Prevalence of female infertility and its socio-economic factors in tribal communities of Central India. *Rural Remote Health* 2007; 7(2):456.
 84. Larsen U. Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa. *Int. J. Epidemiol* 2000; 29 (2): 285-291.
 85. Larsen, U. Infertility in central Africa. *Tropical Medicine & International Health* 2003; 8: 354–367.
 86. Lee SH. Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during In Vitro Fertilization. *Journal of Nursing Research* 2003;11(3):197-20.
 87. Lee SH, Wang SC, Kuo CP, Kuo PC, Lee MS, Lee MC. Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 507–513.
 88. Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E ve ark. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod* 2004; 19: 1917–1923.
 89. Lukas LK. Orthopedic outpatients' perception of perioperative music listening as therapy. *Journal of Theory Construction & Testing* 2004; 8(1): 7-12.
 90. Lukose A. Developing a practice model for Watson's Theory of Caring. *Nurs Sci Q* 2011; 24(1): 27-30.
 91. Lykeridou K, Gourounti K, Sarantaki A, Loutradis D, Vaslamatzis G, Deltsidou A. Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *J Clin Nurs* 2011; 20: 1971–1980.
 92. Mahajan NN, Turnbull DA, Davies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Hum Reprod* 2009; 24(4): 906–912.
 93. Mahler A. The clinical nurse specialist role in developing a geropalliative model of care. *Clin Nurse Spec* 2010; 24(1); 18-23.
 94. Malik SH, Coulson NS. Computer-mediated infertility support groups: an

- exploratory study of online experiences. *Patient Educ Couns* 2008;73(1), 105-13.
95. Martin CD, Thompson DR. Study sample size calculation. *Design and analysis of clinical nursing research studies*. Routledge 2000. London. 27-30.
 96. McNaughton-Cassill ME, Bostwick JM, Vanscoy SE, Arthur NJ, Hickman TN, Robinson RD, Neal GS. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2000; 74(1):87-93.
 97. Minnesota Baccalaureate Psychomotor Skills Faculty Group. Nursing student caring behaviors during blood pressure measurement. *J Nurs Educ* 2008; 47(3): 98-104.
 98. Mitchell A, Mittelstaed ME, Wagner C. A survey of nurses who practice in infertility settings. *JOGNN* 2005; 34:561-568.
 99. Mohsen G, El-Awady M, Abdelazeem O. Prevalence of infertility in rural areas of Kafr El-Sheikh-Egypt: a community-based study. *J Egypt Public Health Assoc* 2001;76(5-6):469-86.
 100. Mori A. Role of the Fertility Nurse in Japan. Erişim adresi: <http://www.kango-net.jp/project/06/ppt/06.ppt>
 101. Moura-Ramos M, Sofia G, Isabel S, Santos TA, Canavarro MC. Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saude e Doenç as* 2010; 11(2); 299-319.
 102. Mullaney JAB. The lived experience of using Watson's actual caring occasion to treat depressed women. *J Holist Nurs* 2000;18(2); 129-142.
 103. Nelson AR, Geller PA. Infertility-Related Stress and Perceived Social Support as Predictors of Infertility Self-Efficacy among Women in Treatment for Infertility. Drexel University, A Thesis Degree of Doctor of Philosophy, 2010.
 104. Noel DL. Occupational health nursing practice through the human caring lens. *AAOHN J* 2010; 58(1): 17-24.
 105. Noorbala AA, Ramazanzadeh F, Malekafzali H, Abedinia N, Forooshani AR, Shariat M, Jafarabadi M. Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 101(3), 248-52.
 106. NPG. Erişim adresi. http://www.npg-asrm.org/newsletters/NPGFall2008_Newsletter.pdf.

- 107.Nyatanga L. Nursing and the philosophy of science. Nurse Education Today 2005;25; 670-674.
- 108.Nyman CS, Lutzen K. Caring needs of patients with rheumatoid arthritis. Nur Sci Q 1999; 12(2): 164-169.
- 109.Oğuz H. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2004.
- 110.Okumuş H, Durgun Y. Üreme Endokrinolojisi/İnfertilite ve Hemşire. Editörler: Rızk B, Garcia-Velasco J, Sallam H, Makrigiannakis A. İnfertilite ve Yardımla Üreme Teknikleri. Çeviri Editörü: Gürkan T. Çeviri Editör Yardımcıları: Çiçek N, Demiroğlu A, Papuçcu R, Tavmergen E. Kennedy R. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2012.
- 111.Olshansky E, Garner C. Infertility. In: Fogel CI, Woods NF, editors. Women's health care in advanced practice nursing. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2008. p. 371-384.
- 112.Omu FE, Omu AE. Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. BMC Nurs 2010; 18(9):5-.
- 113.Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. Clin Exp Obstet Gynaecol 2006; 33: 44-46.
- 114.Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. (Genişletilmiş 5. Baskı) Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2004.
115. Paul MS, Berger R, Berlow N, Rovner-Ferguson H, Figlerski L, Gardner S, Malave AF. Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. Hum Reprod. 2010; 25(1):133-41.
- 116.Payne D, Goedeke S. Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. J Adv Nurs 2007; 60(6): 645-53.
- 117.Pipe TB, Mishark K, Hansen RP, Hentz JG, Hartsell Z. Rediscovering the art of healing connection by creating the Tree of Life poster. Journal of Gerontology Nursing 2010; 36(6): 47-55.
- 118.Polit DF, Gillespie BM. Intention-to-Treat in randomized controlled trials: Recommendations for a total trial strategy. Research in Nursing & Health 2010; 33: 355-368.
- 119.Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abdinia N, Zayeri F ve ark. A survey of

- relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health* 4: 9 2004; Erişim Tarihi: 10.Ekim 2004. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/9>.
- 120.Redshaw M, Hockley C, Davidson LL. A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Hum Reprod* 2007; 22(1): 295–304.
 - 121.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Guideline 2004, ss: 34. http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Fertility_full.pdf
 - 122.Rutstein SO, Shah IH. Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries, DHS Comparative Reports 2004. 10. Erişim tarihi 14 Aralık 2008, www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR9/CR9.pdf.
 123. Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod* 2005; 20(11):3248-56.
 - 124.Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Jacobs NN. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch Womens Ment Health* 2010;13(4); 347-58.
 - 125.Serour GI. Medical and socio-cultural aspects of infertility in the Middle East. *ESHRE Monographs* 2008; 1: 34-41.
 - 126.Sessanna L. Teaching holistic child health promotion using Watson's Theory of Human Science and Human Care. *J Pediatr Nurs* 2003; 18(1): 64-68.
 - 127.Sherrod RA. Understanding the emotional aspects of infertility: Implications for nursing practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004; 42(3): 40-47.
 - 128.Sitzman K, Eichlberger LW. Jean Watson's Theory of Human/transpersonal caring. *Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning* (2nd ed., pp. 49-57) Canada: Jones & Bartlett Publishers. 2011
 - 129.Smeenck MJM, Verhaak CM, Eugster A, van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DDM. The effect of anxiety and depression on the outcome of in vitro fertilisation. *Hum Reprod* 2001; 16, 1420–1423.
 - 130.Smith CA, Ussher JM, Perz J, Carmady B, de Lacey S. The effect of acupuncture on psychosocial outcomes for women experiencing infertility: a pilot randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* 2011; 17(10): 923-30.

- 131.Sousa DV, Zauszniewski AJ, Musil CM, Price PJL, Davis SA. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2005; 19(3): 217-230.
- 132.Speroff L, Fritz MA. Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite. In: Erk A.,Güenalp S. (Eds.). Yedinci baskı, İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri, 2007.
- 133.Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara: Sistem Yayıncılık, 2005
- 134.Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. (4. Baskı). Ankara, Nobel Yayınları, 2010.
- 135.Terzioğlu F. Yardımcı üreme tekniklerine (YÜT) başvuran çiftlerin yaşadıkları sorunların ve YÜT'e ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2001 a; 7(6):843-848.
- 136.Terzioğlu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001 b; 22: 133-141.
- 137.Terry DJ, Tonge L, Callan VJ. Employee adjustment to stress: The role of coping resources, situational factors, and coping responses. *Anxiety, Stress, and Coping* 1995; 8: 1-24.
- 138.The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems (2004). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10936/29267/29267.pdf>
- 139.Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5): 481-486.
- 140.Üstün B, Günüşen-Partlak N. Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: Intention to Treat Analizi. *DEUHYO ED* 2009; 1 (1): 46-56.
- 141.Wallace M. Competencies: specialist competencies for fertility nurses. *RCN Fertility Nurse Group* 2008:1-35.
- 142.Watson J. Postmodern nursing and beyond. Philadelphia: Churchill Livingstone. 1999.
143. Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health science. Springer Publish 2nd. Edition, New York. 2002

144. Watson J. Caring science as sacred science. (1st ed.) F. A. Davis Company. 2005a
145. Watson J. Jean Watson: Theory of human caring. In: Parker, M.E. (Ed), Nursing Theories and Nursing Practice, (2nd ed.), Philadelphia: FA Davis Company, 295-305. 2005b.
146. Watson J (2006). Transpersonal caring and the caring moment defined. Retrieved November 04, 2011, from <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/transpersonal.asp>
147. Watson J. Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. *Nurs Sci Q* 2007; 20(1):13-15.
148. Watson J. Nursing: Human science and human care. 1 Revised edition. New York: Jones & Bartlett Learning. 2008.
149. Watson J. Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *J Health Hum Serv Adm* 2009; 31(4): 466-482.
150. Watson J. Human Caring Science: A Theory of Nursing. Second edition. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning. 2012.
151. Watson J, Foster R. The attending nurse caring model: Integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *J Clin Nurs* 2003; 12: 360-365.
152. Watson J, Smith M. Transpersonal caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *J Adv Nurs* 2002; 37: 452-461.
153. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Hum Reprod*. 2001;16(8);1753-61.
154. Wischmann T. Implications of psychosocial support in infertility - a critical appraisal. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008; 29:2,83-90.
155. Wu LM, Chin CC, Chen CH. Evaluation of a caring education program for Taiwanese nursing students: A quasi-experiment with before and after comparison. *Nurse Educ Today* 2009; 29(8): 873-8.
156. Van Rooij FB, Van Balen F, Hermanns JMA. Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2007; 28(2): 87-95.

- 157.Valiani M, Abediyan S, Ahmadi SM, Pahlavanzadeh S, Hassanzadeh A. The effect of relaxation techniques to ease the stress in infertile women. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010;15(4); 259-64.
- 158.Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Hum Reprod Sci* 2011; 4(2); 80-5.
- 159.Vayena E, Peterson HB, Adamson D, Nygren KG. Assisted reproductive technologies in developing countries: Are we caring yet?. *Fertil Steril* 2009; 92 (2): 413-416.
- 160.Venkatesan L. Self-Concept in infertile women. *Nursing Journal of India* 2005; 96(3):55-56.
- 161.Verhaak CM, Smeenk MJ, van Minnen A, Kremer JAM, Kraaijmaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod* 2005; 20(8): 2253–2260.
- 162.Verhaak CM, Smeenk MJ, Nahuis MJ, Kremer JAM, Braat DDM. Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod* 2007; 22(1):305–308.

EKLER

EK 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. **Yaş:**.....
 2. **Eğitim:** a) okuryazar b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) lisan ve üstü
 3. **Evlilik süresi:**.....
 4. **Meslek:** a) ev hanımı b) serbest meslek (kendi işi var) c) memur d) işçi
 5. **Gelir durumu:** a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla
 6. **Sosyal güvence:** a) Yok b) Emekli Sandığı c) Bağkur d) Yeşil Kart
e) Özel Sağlık Sigortası f) SSK g) Diğer.....
 7. **Tedavi masraflarını kim karşılıyor?** : a) kendisi b) sosyal güvencesi
c) bir kısmını kendi/bir kısmı sosyal güvence d) ailesi ve yakınları destek oluyor
 8. **Yaşadığı yer?** a) İl b) İlçe c) Belde / Köy
 9. **Kaç yıldır infertil?** a) 1- 2 yıl b) 3-5 yıl c) 6- 10 yıl d) 11 ve üstü
 10. **Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyor?** a) 1 yıldan az b) 1-2 c) 3-5 d) 6-10
e) 11 ve üstü
 11. **Bugüne kadar uygulanan tedaviler:**.....
a) İlaç Tedavisi (Sayısını belirtiniz)
b) IUI (Sayısını belirtiniz)
c) ICSI (Sayısını belirtiniz)
 12. **Şu anda hangi tedaviyi görüyor:** a) IUI b) ICSI
 13. **İnfertilite nedeni kime ait?** a) Kadın b) Erkek c) Her iki d) Açıklanamayan
- ☐ Araştırmanın sonuçlarını öğrenmek istiyorum.

EK 2**İNFERTİLİTE ETKİLENME ÖLÇEĞİ**

Sayın katılımcı, aşağıda kişilerin duygusal durumlarını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler, yan tarafındaki kutucuklarda da bu duyguların yaşanma sıklığı belirtilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra çocuk sahibi olmamanıza ilişkin olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi, ifadelerin yan tarafında bulunan kutucuklardan en uygun olana işaret koyarak belirtin.

	Her zaman	Sıklıkla	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Kendimi dünyada tek başıma kalmış gibi hissediyorum	4	3	2	1
2. Kendimi arkadaşlarımın ve ailemin dışına itilmiş hissediyorum	4	3	2	1
3. Sıkıntılı olduğumda çevremde başvurabileceğim kişiler vardır	1	2	3	4
4. Artık direnme ve mücadele etme gücüm kalmadı	4	3	2	1
5. Kendimi işe yaramaz hissediyorum	4	3	2	1
6. Kendimi sağlıksız hissediyorum	4	3	2	1
7. Kendimi sürekli gergin ve sinirli hissediyorum	4	3	2	1
8. Yaptığım hiçbir işten zevk alamıyorum	4	3	2	1
9. Son zamanlarda kendimi hep yorgun hissediyorum	4	3	2	1
10. Eskiye göre kendime daha çok bakıyorum	1	2	3	4
11. Çocuk sahibi olamamayı konuşmaktan kaçınıyorum	4	3	2	1
12. Çocuk sahibi olma konusunda bana soru sorulmasını istemiyorum	4	3	2	1
13. Eşimle çocuk sahibi olamama konusunda rahatlıkla konuşuruz.	1	2	3	4
14. Çocuklu ailelerle kolaylıkla arkadaşlık edebilirim.	1	2	3	4
15. Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını düşünüyorum	4	3	2	1
16. Eşimin beni suçladığını düşünüyorum	4	3	2	1
17. Çocuk sahibi olamamanın eşimle cinsel yaşamımızı etkilediğini düşünüyorum	4	3	2	1
18. Eşime karşı öfke duyuyorum	4	3	2	1
19. Eşimin beni eskisi kadar sevmediğini düşünüyorum	4	3	2	1
20. Eşimle ilişkilerim bozuldu	4	3	2	1
21. Eşim eskisinden daha çok üstüme düşüyor	1	2	3	4

EK 3

İNFERTİLİTE ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Bu ölçek, tüp bebek tedavisi alan kişilerin tedavi sırasında yapabilecekleri davranışları içermektedir. Önemli olan, sizin bu davranışları gerçekleştirme konusunda kendinizi ne kadar yeterli hissettiğinizdir. Geçmişte yaptığınız veya yapmadığınız davranışlar olsa da cevaplarınızın şu anda ki durumunuzu yansıtıp yansıtmadığından emin olun. Sizin cevaplarınız şimdi veya yakın gelecekte bu davranışları yapabilme konusunda ki öz-yeterliliğinizi yansıtacaktır.

Lütfen her bir maddeyi okuyunuz. Daha sonra bu davranışı yerine getirebilme konusunda kendinizi ne kadar yeterli hissettiğinizi değerlendiriniz. Ölçekte ki en küçük numarayı işaretlediğinizde bu davranışın size hiç uymadığını, ölçeğin sonunda en yüksek rakamı işaretlersiniz bu davranışın size tamamen uyduğunu gösterecektir.

Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Maddeler	Bana hiç uymuyor	Bana biraz uyuyor	Bana çok uyuyor	Bana tamamen uyuyor
1. Tıbbi tedavi sırasında beni üzebilecek hoş olmayan düşünceleri kafamdan uzaklaştırabileceğime inanıyorum	1	2	3	4
2. Espiri yeteneğimi kaybetmeyeceğime inanıyorum	1	2	3	4
3. Çocuk sahibi olamama hakkındaki olumsuz duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4
4. Çevremde gebe arkadaşlarım olması beni üzmüyor.	1	2	3	4
5. Düşmanlık veya öfke gibi duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4
6. Olumlu tutumumu sürdüreceğime inanıyorum.	1	2	3	4
7. Kendimi suçlama, kusurlu bulma veya utanma gibi duygularımı azaltacağıma inanıyorum.	1	2	3	4
8. Muayene günümü veya test sonuçlarını beklerken rahat/gevşemiş olabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4

EK 4

İNFERTİLİTE UYUM ÖLÇEĞİ

Çocuk sahibi olmamanıza uyumunuzu ölçmek amacı ile kullanılan İnfertilite Uyum Ölçeği'nde, uyum bilişsel, davranışsal ve duygusal yönleri içeren kapsamlı bir kavram olarak ele alınmıştır. İnfertilite Uyum Ölçeği, tedavi sonuçlarını ve bireylerin psikolojik gereksinimlerini değerlendirmede yararlı bir araçtır. İnfertil bireylerin psikolojik gereksinimlerini saptamak ve doğurganlık problemlerine uyumu hakkında görüşmek için uygundur.

Lütfen her bir maddeyi okuyun. Daha sonra her ifadenin sizin için ne kadar uygun değerlendirin. Bu ölçekteki en küçük numarayı “X” ile işaretlersiniz bu ifadenin size “tamamen uymadığını”, eğer ölçeğin sonunda en yüksek numarayı “X” ile işaretlersiniz bu ifadenin size “tamamen uyduğunu” gösterecektir. **Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.**

Maddeler	Bana hiç uymuyor	Bana biraz uyuyor	Bana çok uyuyor	Bana tamamen uyuyor
1. Çocuk sahibi olmanın yararları ve zorlukları vardır.*	4	3	2	1
2. Çocuk sahibi olup olamayacağımızdan emin olana kadar gelecek konusunda plan yapamam.	1	2	3	4
3. Yaşamımda her şeyden çok kendi çocuğuma sahip olmayı istiyorum.	1	2	3	4
4. Çocuğumun olamayacağı olasılığını düşünerek geleceğimi planlarım.*	4	3	2	1
5. Hayatımı adet kanamasına göre yaşıyormuşum gibi geliyor.	1	2	3	4
6.Eğer kendi çocuğuma sahip olamazsam kendimi her zaman doyumsuz hissedeceğim.	1	2	3	4
7. Çocuksuz bir geleceğe uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum.*	4	3	2	1
8. Normal yaşam aktivitelerimi sürdürebileceğimden eminim.*	4	3	2	1
9. Çocuksuz bir gelecek düşünemiyorum.	1	2	3	4
10. Çocuk olsun ya da olmasın yaşamın bir ödül olabileceğini düşünüyorum.*	4	3	2	1

* Ters numaralandırılmaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

EK 5**İnfertilite Etkilenme Ölçeği, İnfertilite Öz-yeterlik Ölçeği KF ve İnfertilite Uyum Ölçeklerinin Madde İstatistikleri****Tablo 21. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda İnfertilite Etkilenme Ölçeği'nin Pretest Ve Posttest Madde Puan Ortalamaları**

Maddeler	Girişim				Kontrol			
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
1. Kendimi dünyada tek başına kalmış gibi hissediyorum	2,0	1.1	1.3	.6	2.2	1.2	2.1	1.2
2. Kendimi arkadaşlarımın ve ailemin dışına itilmiş hissediyorum	1,5	1.0	1.3	.8	1.6	1.0	1.9	1.1
3. Sıkıntılı olduğumda çevremde başvurabileceğim kişiler vardır	1,8	1.0	1.4	.6	1.9	.9	1.8	1.0
4. Artık direnme ve mücadele etme gücüm kalmadı	2,1	1.1	1.3	.7	2.0	1.2	2.1	1.1
5. Kendimi işe yaramaz hissediyorum	1,5	.9	1.1	.3	1.5	.9	1.5	.9
6. Kendimi sağlıklı hissediyorum	1,7	1.0	1.1	.4	1.5	.8	1.6	.9
7. Kendimi sürekli gergin ve sinirli hissediyorum	2,8	1.0	1.7	.7	3.0	1.0	2.9	1.0
8. Yaptığım hiçbir işten zevk alamıyorum	1,9	1.1	1.2	.5	2.1	1.2	2.0	1.0
9. Son zamanlarda kendimi hep yorgun hissediyorum	3,0	1.2	2.0	.8	2.9	1.2	2.8	1.0
10. Eskiye göre kendime daha çok bakıyorum	2,3	1.1	1.4	.7	2.3	1.0	2.2	1.0
11. Çocuk sahibi olamamayı konuşmaktan kaçınıyorum	2,5	1.3	1.8	1.0	2.5	1.3	2.4	1.3
12. Çocuk sahibi olma konusunda bana soru sorulmasını istemiyorum	2.8	1.2	1.9	.9	2.9	1.2	2.6	1.3
13. Eşimle çocuk sahibi olamama konusunda rahatlıkla konuşuruz.	1.4	.9	1.3	.7	1.6	.9	1.6	1.0
14. Çocuklu ailelerle kolaylıkla arkadaşlık	1.5	.9	1.2	.6	1.4	.8	1.4	.7

edebilirim.								
15. Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını düşünüyorum	1.9	1.1	1.4	.7	1.8	1.0	1.9	1.1
16. Eşimin beni suçladığını düşünüyorum	1.1	.6	1.1	.4	1.3	.8	1.2	.7
17. Çocuk sahibi olamamanın eşimle cinsel yaşamımızı etkilediğini düşünüyorum	1.8	1.0	1.2	.6	1.8	1.0	1.9	1.1
18. Eşime karşı öfke duyuyorum	1.4	.8	1.2	.6	1.5	.8	1.4	.8
19. Eşimin beni eskisi kadar sevmediğini düşünüyorum	1.3	.6	1.2	.4	1.3	.7	1.4	.8
20. Eşimle ilişkilerim bozuldu	1.3	.7	1.1	.5	1.4	.6	1.4	.8
21. Eşim eskisinden daha çok üstüme düşüyor	1.9	1.1	1.5	.8	1.9	1.0	1.9	1.0

Tablo 22. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu'nun Pretest ve Posttest Madde Puan Ortalamaları

Maddeler	Girişim				Kontrol			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
1. Tıbbi tedavi sırasında beni üzebilecek hoş olmayan düşünceleri kafamdan uzaklaştırabileceğime inanıyorum	2.5	.9	3.5	.7	2.5	.9	2.3	1.0
2. Espiri yeteneğimi kaybetmeyeceğime inanıyorum	3.0	1.1	3.9	.3	2.8	1.0	2.9	1.0
3. Çocuk sahibi olamama hakkındaki olumsuz duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	2.6	1.1	3.5	.7	2.3	1.0	2.5	1.0
4. Çevremde gebe arkadaşlarım olması beni üzmüyor.	2.7	1.2	3.4	.8	2.8	1.2	2.9	1.2
5. Düşmanlık veya öfke gibi duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	3.2	.9	3.8	.5	3.2	1.0	3.3	.9
6. Olumlu tutumumu sürdüreceğime inanıyorum.	3.0	.9	3.6	.5	3.0	.9	3.0	.8
7. Kendimi suçlama, kusurlu bulma veya utanma gibi duygularımı azaltacağıma inanıyorum.	3.1	1.0	3.8	.4	3.1	1.1	3.0	1.0
8. Muayene günümü veya test sonuçlarını beklerken rahat/gevşemiş olabileceğime inanıyorum.	2.5	1.0	3.1	.8	2.1	1.0	2.1	.9

Tablo 23. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlarda İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Pretest ve Posttest Madde Puan Ortalamaları

Maddeler	Girişim				Kontrol			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
1. Çocuk sahibi olmanın yararları ve zorlukları vardır.	2.1	1.1	1.5	.7	2.1	1.1	2.2	1.1
2. Çocuk sahibi olup olamayacağımızdan emin olana kadar gelecek konusunda plan yapamam.	2.8	1.2	2.0	.9	2.7	1.2	2.6	1.1
3. Yaşamımda her şeyden çok kendi çocuğuma sahip olmayı istiyorum	3.0	1.1	2.7	1.1	3.3	1.0	3.2	1.0
4. Çocuğumun olamayacağı olasılığını düşünerek geleceğimi planlarım.	3.0	.9	2.1	1.0	2.5	1.0	2.6	1.1
5. Hayatımı adet kanamasına göre yaşıyormuşum gibi geliyor.	2.7	1.3	1.9	1.0	2.8	1.2	2.7	1.2
6.Eğer kendi çocuğuma sahip olamazsam kendimi her zaman doyumsuz hissedeceğim.	2.6	1.2	1.9	.9	2.6	1.2	2.4	1.0
7. Çocuksuz bir geleceğe uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum.	2.8	.9	1.7	.8	2.5	1.0	2.4	1.0
8. Normal yaşam aktivitelerimi sürdürebileceğimden eminim.	1.6	.8	1.1	.4	1.5	.9	1.4	.8
9. Çocuksuz bir gelecek düşünemiyorum.	2.6	1.2	1.8	.9	2.6	1.0	2.5	1.0
10. Çocuk olsun ya da olmasın yaşamın bir ödül olabileceğini düşünüyorum.	2.0	1.0	1.4	.7	2.1	1.0	2.0	1.0

EK 6

**JEAN WATSON'IN HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMINA YÖNELİK
UZMAN GÖRÜŞÜ ONAYI**

Tarih: Thu, 1 Jul 2010 09:51:36 -0600 

Kimden: ["Watson, Jean" <Jean.Watson@ucdenver.edu>](mailto:Jean.Watson@ucdenver.edu) 

Kime: Ilkay Arslan <ilkayarslan@akdeniz.edu.tr>

Konu: RE: Caring for infertile women: nursing care program by human caring theory



Ilkay, many thanks for your patience and follow up. I apologize, but I receive so many hundreds of emails and in midst of international travel and teaching...I lose a few and I guess yours was one of them.

I hope my reply is helpful now.

RE: Guidelines..

It **appears** the guideline you have for the protocol is acceptable. The only suggestion there is to build in the concept of authentic listening as part of the relationship/sensitive to self/other..so you prepare the researcher to approach the woman, with heart-felt feelings of gratitude and cultivate an awareness at first of just listening from heart center, no doing much speaking, then moving into the more guided interview.

What is happening then, is the researcher is laying the foundation for an authentic caring moment, which is the essence of the theory in practice, whereby the other feels understood and totally accepted for who they are and all their feelings. It is an intimate personal presence between the two, opening up space for the rest of the alignment and connection and 'intervention' of caritas processes.

RE: the specifics of the CPs per se and question as to which one is which in a given moment..that is really not a concern, in the fact that in reality they cannot be pulled apart or predicted as to which one is which, because the two people bring new aspects of the circumstance and dynamics in a given moment, which cannot be fully prescribed. Besides, the CPs serve as a holographic oneness, whereby different ones are embedded in others; so as long as you pre-identify which ones are predominant in your thinking, you use these as your primary guide (foreground) then you can be open to incorporating the others if appropriate(as background to draw upon).However, you would be noting and recording which you used ..for ex. If you ended up drawing upon ones you had not

pre-identified, or considered as background ones, but used them. then that will be important for the research process and uncovering of the theory in action, so to speak

I hope this general feedback and direction is useful to you and makes sense for both you and your advisor. Let me know how it goes or if you have other needs for clarification. Best wishes. My love, Jean

-----Original Message-----

From: Ilkay Arslan [mailto:ilkayarslan@akdeniz.edu.tr]

Sent: Thursday, July 01, 2010 3:30 AM

To: Watson, Jean

Subject: Caring for infertile women: nursing care program by human caring theory

Dear Watson,

I wrote to you earlier, about my thesis process. but didn't get any answer from me. I was worried about, is there any problem? I need your confirmation for validity of nursing intervention guide for Infertile Women in my experiment. Your confirmation is very important to my thesis.

Do you have any suggestion?

And I have some questions related to the process. In my sufficiency exam, my thesis grand jurors ask me that is four Caritas process (4: Develop helping relationships; 5: Promote and accept positive and negative feelings; 6: Use creative scientific problem-solving methods; 7: Share teaching and learning) adequate for my caring plan? Should I take the other processes? For example, when I am using Caritas 4, I am studying Faith-hope and Sensitivity to self and to others. Second, when I am teaching-learning to progressive muscle relaxation, I am providing to supportive, protective, and/or corrective mental, physical, societal, and spiritual environment. They said that you are using all the Caritas process and How could you say I am just using four process? I think, the process is going to one within the others.

What is your suggestion?

If you give any answer, I'll be very happy.

I put again my interview guide. Please tell me is it all right or not?

Thank you so much for your attention.

Best Wishes

Ilkay

**WATSON'IN BAKIM KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN İNFERTİL KADINLARIN
İNFERTİLİTEDEN ETKİLENMELERİ, ÖZ-YETERLİK
ALGILARI VE UYUM DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

**HEMŞİRELİK BAKIMI PROGRAMI
GÖRÜŞME REHBERİ**

PROGRAMIN ADI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

Araştırmacı

İlkay ARSLAN ÖZKAN

DANIŞMANLAR

Prof Dr Hülya OKUMUŞ

Prof Dr Kadriye BULDUKOĞLU

Oturumlar	Bakım Faktörleri	Araştırmacı Görüşme Rehberi	
		Yöntemler	Görüşme
1. oturum	Faktör 4 Yardım edici-dürüst bakım ilişkisi geliştirme	Kişilerarası bakım-iyileşme ilişkisini kurma: Hazır oluş (presence): duyarlılık, açıklık, aktif dinleme ve iletişim Terapotik dinleme: aktif dinleme, kabullenici tutum, açığa kavuşturma, sessizliği kullanma, ses tonunu ayarlama, beden dilini kullanma Terapotik iletişim tekniklerini kullanma: Empatik yaklaşım	1. Merhaba..... hanım. Tekrar tanışalım. Ben Öğr Gör Hemşire İlkay Arslan Özkan (kendini tanıtmak). 2. 4 oturumluk hemşirelik bakım programının ilk oturumundayız. Tedaviniz süresince tüp bebek merkezine geldiğiniz günler için diğer oturumlarımızı planlayacağız. Bu programda karşılıklı görüşmelerimiz olacak. Bu görüşmelerle sizinle gireceğimiz karşılıklı etkileşimin, kendinizi iyi hissetmenize katkıda bulunmasını hedefliyorum. Görüşmelerin sonunda gevşeme egzersizleri yapacağız. 3. Bugün sizinle içinde bulunduğunuz durumla baş edebilmenizi sağlamak amacı için bir görüşme yapacağım. Amacım sizi duygusal olarak güçlendirmek, desteklemek, kendi güçlerinizi fark etmenize yardımcı olmaktır. 4. Bu görüşmeler sizin durumunuzu kolaylaştırmak, kendinizi daha rahat hissetmeniz için planlanmıştır. Görüşmeler sırasında sadece beden değil, zihnen ve ruhen de tamamen sizinle birlikte olacağız. Bu benim hemşirelik amacım. 5. Sizi tanımak için yaptığım anket çalışmasında gördüm. Sizi daha iyi anlamak istiyorum. Bana kendinizden söz eder misiniz? 6. En önemli özelliğim/özelliklerim..... (cümle tamamlama-ısınma egzersizi) 7. Gebe kalamamanızdan/infertilite durumunuzdan söz eder misiniz? (açık uçlu soru), Gebe kalamadığınızı öğrendiğinizden bu yana neler yaşıyorsunuz? Benimle paylaşır mısınız? (keşfetmek) 8. Sizi dinliyorum. (cesaretlendirmek) 9. öyleyse bu durum sizi rahatsız etmiş. (empati) 10. Kendinize yardım etmek için neler yapıyorsunuz ve neler yapabilirsiniz?.....

			11. Bana söylediniz. Biraz daha açıklaştıralım mı? 12. Bu görüşmemizde sizinle (anahtar noktalar)..... konuştuk, ...paylaştık. Sizin şekilde düşündüğünüzü değerlendirdim (oturumu özetleme-Bandura). 13. Görüşmemizi nasıl değerlendirdiniz? Görüşlerinizi açıkla mısınız? (değerlendirme-duygu ve düşüncelerini alma) 14. Bundan sonra sizinle 3 görüşme daha gerçekleştireceğiz. Bu oturumlarda çocuk sahibi olamama durumunuza karşın olumlu ve olumsuz duygu, düşüncelerinizi ve deneyimlerinizi açığa çıkarmanıza, infertilite ile baş etmenizi güçlendirmeye, içinizdeki güçleri fark etmenizi sağlamaya ve olumlu düşünme süreçleri kazanmanıza yönelik görüşmeler yapacağız. Bu görüşmeleri ... tarihlerde gerçekleştirelim. Sizin için de uygun mu? Bunum dışında beni bulabilirsiniz. Görüşme planımızın dışında da bana ulaşabilirsiniz.
--	--	--	---

	Karatif faktör 7 Kişilerarası öğretme-öğrenme	Gevşeme egzersizleri programının öğretilmesi, Birey merkezli yaklaşımlar, Eğitim: Bireysel Kendi yöntemlerini ortaya çıkartma Kendi kendine izlem (Self-Monitoring) Demonstrasyon Sunum, Soru-cevap CD ve kitapçıklar Günlük tutma	*İnfertilitenin meydana getirdiği stres ve gerginlikle mücadele etmek için uygulanabilecek bazı teknikler vardır. Bu programda bunları öğreneceksiniz. *Gevşeme egzersizleri, Nefes Egzersizleri, Aşamalı Gevşeme ve Zihinde Canlandırmadan oluşur. Gevşeme egzersizlerinde müzik terapisinden yararlanacağız. Bu programda ayrıca endorfin masajını da öğreneceksiniz. *Eğitim planı (Ek 10) takip edilerek eğitim verilecektir. *Doğru nefes almayı öğrenmek, gevşemeyi öğrenmenin en önemli adımudur. Aşamalı gevşeme tekniği sizin gerginlik ile gevşeme arasındaki farkı hissetmenizi sağlar. *Zihinde canlandırma gevşeme egzersizlerinin sonuncu basamağıdır. Bu egzersizler “Gevşeme Teknikleri Uygulama Protokolü” ne göre yapılacaktır. *Son olarak endorfin masajı, gevşeme ve rahatlamayı sağlamak için kullanılacaktır. *Öğrenilen bu egzersizleri evde de tekrarlamanız önemlidir. *Bu egzersizleri evde yaptığınızda neler yaşadığınızı, zorluklarınızı, olumlu yönlerini size verilen günlüğünüze kayıt etmenizi istiyorum. Bu kayıtlar size de kendinizi yakından izleme şansı taniyacaktır. Her geldiğiniz oturumda bu günlükleri getirmenizi rica ediyorum. *Egzersizlerin uygulanması Oturumu sonlandırma.
--	--	---	--

2. Oturum	Faktör 5 Pozitif ve negatif duygu ve algıların desteklenmesi ve kabul edilmesi	* Aktif dinleme, * Terapotik iletişim tekniklerini kullanma, * İnfertiliteye yönelik deneyimleri tartışma * İnfertiliteye ilişkin algılanan olumlu ve olumsuz düşünceleri Tartışma	*Giriş *Geçen görüşmemizde konuları görüştük. Birlikte duygularınızı paylaştık. *Bugünkü görüşmemizin amacı çocuk sahibi olamama durumunuza karşın olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerinizi açığa çıkarmaktır. *Çocuk sahibi olamayan bireylerin kendilerini üzgün, umutsuz, yalnız, dışlanmış, ... hissettikleri bildirilmektedir. Siz kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Siz bu konuda neler söylemek istersiniz? *Çocuk sahibi olamamayla ilgili söylediniz. Bundan biraz daha söz edebilir misiniz? (açık uçlu soru) *Sizi anlıyorum... hı hı...evet...devam edin... *Çocuk sahibi olamadığımı öğrenmeden önce yaşam benim için..... iken, öğrendikten sonra.....(boşluk tamamlama) Açıklar mısınız? *İnfertilite tanısı sizin için ne anlam ifade ediyor?..... *Şu anda sizi en çok etkileyen konular nelerdir? (açık uçlu soru) *Neler üzülmeye neden olur? *Bana söylediniz. Neler hissettiğinizi tarif edebilir misiniz? *Öfke, korku ve üzüntünüzü göstermek sizin için zor mudur? *Tedavinizle ilgili herhangi bir sorunuz var mı? Bir engel yaşıyor musunuz? (açık uçlu soru) *.....tedavi süreçlerinden korkuyorsunuz? Endişelisiniz? (kendi sözcüklerini yenileme) *Söylemek istediğinizi doğru anlamış mıyım? Diyorsunuz ki, ... öyle mi? (özetleme) *.....Böyle söylemenizin bir nedeni vardır herhalde, bundan söz etmek ister misiniz? *..... olumsuz ifadelerle cevap olarak: Bütün bunlardan bunalmış gibisiniz (duygulara yoğunlaşmak)
-----------	---	--	---

	Faktör 6 Yaratıcı, kişiye özel, problem çözücü bakım süreci	*Öz-yeterlik algılarını değerlendirmek * İnfertiliteye ilişkin başkalarından gördükleri ve duyduklarının tartışılması *Sorumluluk alma ve plan oluşturma	*Çocuk sahibi olamamayla ilgili önceki deneyimleriniz nelerdir? Bunları açıklamak istiyorum (öz-yeterlik geliştirmeye yönelik). *Bu konuda başkalarından neler duyduunuz, neler iletili? (öz-yeterlik geliştirmeye yönelik) *Çevrenizde çocuk sahibi olamama durumunuza karşı kimler size destek olur? Aile..Arkadaşlar...meslektaşlar.. komşular.. *Eşiniz, yakın çevreniz ve arkadaşlarınızla yaşadığınız deneyimlere odaklanalım. *Eşiniz bu duruma nasıl tepki verdi? (açık uçlu soru) *.....Eşiniz bunları söylediğinde kendinizi nasıl hissetiniz? (açık uçlu soru) *Öz-yeterlik insanların hayatlarını etkileyen olaylar üzerinde, etkili olacak performansı ortaya koyabilme yetenekleri hakkındaki inançlarıdır. Kendinizi çocuk sahibi olamama durumuna karşı yeterli hissediyor musunuz? *Sizi mutlu eden şeyler nelerdir? *İnfertilite tedavisi ile hangi yararları elde edeceğinizi düşünüyorsunuz? *İnfertilite ve tedavilerine karşı kendi kendinize geliştirdiğiniz yöntemler nelerdir? Tartışalım. * Fonksiyonel olmayan yöntemlerini desteklememe: Madde kullanımı, alkol, sigara kullanımı, kaçma, içe kapanma, reddetme, bastırma, yansıtma. * Fonksiyonel yöntemleri destekleme ve pekiştirme: Doğru beslenme, fiziksel aktivite,zaman yönetimi, sosyal destek, hobi geliştirme. *Bu görüşmemizde sizinle (anahtar noktalar)..... konuştuk, ...paylaştık. Sizin şekilde düşündüğünüzü değerlendirdim (oturumu özetleme-Bandura). * Siz bu görüşmeyi nasıl değerlendirdiniz? Görüşlerinizi açıkla mısınız? (değerlendirme-duygu ve düşüncelerini alma) *Bu görüşmede son .. dktan buyana ele alınması gereken ... konular ortaya çıktı (süreci aktarma).
--	--	---	--

	Karatif faktör 7 Kişilerarası öğretme-öğrenme	Gevşeme egzersizleri programının öğretilmesi, Öğrenci merkezli yaklaşımlar:demonstrasyon Sunum, CD ve kitapçık	1. Gevşeme egzersizleri evde uyguluyor musunuz? Kaç kez yapabildiniz? Bu konuda zorluk yaşadınız mı? Süreci kolaylaştırmak için önerileriniz var mı? Günlüğünüze bakarak değerlendirelim mi? 2. Gevşeme egzersizlerinin uygulanması 3. Oturumu sonlandırma
3. Oturum	Faktör 6 Yaratıcı, kişiye özel, problem çözücü bakım süreci	*Sorumluluk alma ve plan oluşturma * Zihinsel düzenleme tekniği *Olumlu düşünmek * Cümle tamamlama	*İnsanları gerilime sokan yaşadıkları değil, olayı değerlendirme biçimleridir. İnsan kendi mutluluğunun mimarıdır (Henry David Thoreau). O halde uygun, makul ve olumlu bir düşünme şekline sahip olmamız gereklidir. Peki siz bu konuda kendinizi nasıl görmektesiniz? Tartışalım mı? *İnfertilite tanısı aldığınızdan bu yana sizi en çok üzen bir olayı hatırlayalım. Bu olay karşısında ne düşündünüz? Ne hissettiniz? Bu olay karşısında vücudunuzda neler hissettiniz? Nasıl davrandınız, nasıl tepkiler verdiniz? (zihinsel düzenleme tekniği) Durum: Olumsuz Otomatik Düşünce:..... Olumlu/baş edilebilir Düşünce:..... *Bu olaylardan, infertiliteden bu şekilde olumsuz etkilenmemek için sizce ne yapmak gerekir? Düşünme tarzınızı değiştirmek baş edebilmelerinizi güçlendirebilir miyiz? (zihinsel düzenleme tekniği) *Dert etme... Beterin beteri vardır.. cümlelerini nasıl değerlendirirsiniz? *A-B-C Modeli İnsanların duygu, düşünce ve davranışları birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkmaz. Bir olay karşısında duygusal ve davranışsal tepkiler veririz. Bu tepkileri geliştirmemize neden olan olayın

			kendisi değil bizim olayı algılayış biçimimiz, olayla ilgili değerlendirmelerimizdir. Harekete geçirici olayı kontrol etme şansımız olmayabilir, ancak duygusal ve davranışsal tepkilerimize neden olan inanç ve değerlendirmelerimizi kontrol edebiliriz. * Çocuk sahibi olmak için gerekli güce sahip olduğumu düşünüyorum.. çünkü..... (Cümle tamamlama) Olumlu düşünme örneklerini paylaşalım: * Biliyorum ben bu işi başarabilirim. * Bu dünyanın sonu değil, elbette düzelebilir. * Belki başa çıkmanın bir yolu vardır. * Hemen sonuca gitmek doğru değil. * Kızmak ya da öfkelenmek işleri daha da kötüleştirebilir. * Elimden geldiğince sakin olmaya çalışmalıyım. *Olumlu düşünen insanlarla deneyimlerini paylaşmak, olumlu düşünme süreçlerine katkı sağlamaktadır. Başkalarının başarabildiğini görme, başarılı olma isteğini doğurur. *İnfertilite süreçlerini başarılı bir şekilde yürüten çevrenizde tanıdığınız arkadaşlarınız var mı? *Bu görüşmemizde sizinle (anahtar noktalar)..... konuştuk, ...paylaştık. Sizin şekilde düşündüğünüzü değerlendirdim (oturumu özetleme). *Siz bu görüşmeyi nasıl değerlendirdiniz? Görüşlerinizi açıkla mısınız? (değerlendirme-duygu ve düşüncelerini alma)
--	--	--	---

	Karatif faktör 7 Kişilerarası öğretme-öğrenme	Gevşeme egzersizleri programının öğretilmesi, İnfertil birey merkezli yaklaşımlar, Demonstrasyon	*Öz-yeterlik inancını geliştirmenin bir yolu da stres reaksiyonlarını azaltmak ve negatif duygusal aktivitelerini yanlış yorumlamalarını önlemektir. Bunun için sizinle geçen görüşmemizde öğrenmeye başladığımız gevşeme egzersizlerini uygulayabiliriz. Bundan sonra sizinle son bir görüşme daha gerçekleştireceğiz. Bu oturumda sizin süreç içinde yaşadığınız deneyimleri değerlendireceğiz. Gevşeme egzersizlerini uygulayarak oturumumuzu sonlandıracağız (oturumu sonlandırma).
--	--	--	---

4. Oturum	Karatif faktör 7 Kişilerarası öğretme-öğrenme	Sürece ilişkin görüş ve algılarını ifade etmesini sağlama Gevşeme egzersizleri programının öğretilmesi, Öğrenci merkezli yaklaşımlar, Demonstrasyon	*Giriş *Bu oturumla birlikte sizinle görüşmelerimiz bitiyor. Geçen görüşmemizde de ilettiğim gibi birlikte yaşadığımız bu yolculuğu değerlendirmenizi istiyorum. Önceki oturumlardan bu yana neler yaşadınız? Paylaşmak ister misiniz;? Tüm süreci genel olarak özetleyebilir misiniz? *Böyle bir hemşirelik bakımı almanın sizin için önemi nedir? *Bu oturumlar size neler kazandırdı? Açıklar mısınız? *İnfertilite ve tedavi süreçlerine ilişkin geliştirmek istediğiniz yönleriniz nelerdir? *Bu oturumlara başlarken kendimi hissediyordum, şimdi ise hissediyorum. Bu boşlukları nasıl doldurursunuz? *Gevşeme egzersizlerinin uygulanması *Bu süreç boyunca çocuk sahibi olamamanıza ilişkin yaşadığınız duygu, durum ve zorluklara karşı baş etmelerinizi güçlendirmeye, size destek olmaya, uyumunuzu arttırmaya, kendi güçlerinizi fark ederek öz-yeterlik duygunuzu arttırmaya, infertiliteye ilişkin olumlu tepkilerinizi arttırmaya, olumsuz etkilenmelerinizi en aza indirmeye, sonuç olarak kendinizi iyi hissetmenize yardım etmeye çalıştım. Benim hemşirelik amacımdı tüm bunlar. Sizinle bakıma odaklı bir yolculuk yaşadık (özetleme). *Son olarak bu süreci değerlendirmek için ilk başta uyguladığımız anket formlarını yeniden uygulayarak kendi değerlendirmemi gerçekleştirmeliyim. *İnfertilite Öz-Yeterlik, İnfertilite Uyum ve İnfertilite Etkilenme Ölçeklerinin yeniden son-testlerinin uygulanması

EK 8

KİŞİLERARASI ÖĞRETME-ÖĞRENME: GEVŞEME EGZERSİZLERİ EĞİTİM PLANI

Konu Başlığı: Kişilerarası Öğretme-Öğrenme: Gevşeme Egzersizleri

Yer: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi

Tarih: İnfertil kadınların takip için tüp bebek merkezine geldiği günler (Hafta içi ve cumartesi)

Süre: 20 dakika

Öğretme yöntemleri: Sunum, soru-cevap, tartışma, demonstrasyon

Kullanılan Eğitim Materyali: Gevşeme Egzersizleri Broşürü, Gevşeme Egzersizleri CD'si

Danışman Öğretim Elemanı: Prof Dr Hülya OKUMUŞ

Amaç: Gevşeme egzersizleri programının kişiye özel olarak öğretilmesi

İçerik: Gevşeme egzersizleri programı kapsamında basit gevşeme terapisi, nefes egzersizleri, progresif kas gevşetimi, imajinasyon: zihinde canlandırma yoluyla gevşeme, endorfin masajı ve müzik terapisinin (masaj ve kas gevşetimi egzersizlerine eşlik eden) öğretilmesi. Kendi kullandığı yöntemlerin desteklenmesi. Kendi kendine izlemin öğretilmesi.

Hedefler: Programa katılan kadınların;

- Gevşeme egzersizlerinin önemini kavrayabilmeleri,
- Gevşeme egzersizleri çeşitlerini öğrenmeleri,
- Bu egzersizleri uygun bir biçimde ve rahatça uygulayabilmeleri,
- Egzersizlerle ilgili CD'yi kullanabilmeyi,
- Evde uygulana yapabildiklerini ifade edebilmeleri,
- Evde uygulama başarısını ve süreci değerlendirmek üzere günlük kullanabilmeleri.

GEVŞEME EGZERSİZLERİ KİTAPÇIĞI

Gevşeme Egzersizleri Nelerdir?

Ne İşe Yarar? Nasıl Uygulanır?



HAZIRLAYAN

İlkay ARSLAN ÖZKAN

DANIŞMANLAR

Prof Dr Hülya OKUMUŞ

Prof Dr Kadriye BULDUKOĞLU

Sayın

Tüp bebek tedavileri sırasında çocuk sahibi olmayı amaçlayan çiftlerin bu süreci en iyi, rahat ve güvenli bir şekilde geçirmeleri, infertilite hemşiresinin temel amacı olup, hemşirelik bakımını bu doğrultuda planlamaktadır. Gevşeme egzersizleri stresli olaylardan sonra yaşadığınız gerginliklerin, bedeninize zarar vermesini önlemek için kullanabileceğiniz fizyolojik ve psikolojik rahatlama yöntemlerindendir. Tedavi dönemini daha rahat geçirebilmeniz için tıbbi tedavinin yanında destek tedavi olarak yer alan, rahatlamanızı sağlayacak, stresinizi azaltacak, hastane dışında da kendi kendinize kolayca uygulayabileceğiniz bir yöntem olan gevşeme egzersizleri bu kitapçıkta ayrıntılı bir şekilde anlatılmaktadır.

Gevşeme egzersizleri kitapçığı, size nasıl gevşeyip rahatlayacağınızı öğreten bir kılavuz olacaktır. Bu kitapçığı okuyarak gevşemek, rahatlamak ve çocuk sahibi olabilmeniz için kendi gücünüzü kullanabilmeyi öğreneceksiniz.

Gevşeme egzersizlerini günlük yaşamınızda kullanarak, içinde bulunduğunuz durumu başarılı bir şekilde geçireceğinize inanıyorum. Stresle baş edebildiğiniz huzurlu bir yaşamı içtenlikle diliyorum.

İlkay ARSLAN ÖZKAN

Uzman Hemşire

Bu kitapçık “Watson’ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınların, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

1. Gevşeme Egzersizleri
2. Gevşeme Egzersizleri için Hazırlık
3. Nefes Egzersizleri
4. Nefes Egzersizlerinin Uygulanması
5. Aşamalı Gevşeme Egzersizleri
6. Aşamalı Gevşeme Egzersizlerinin Uygulanması
7. Düşleme-Hayal Kurma
8. Düşleme-Hayal Kurmanın Uygulanması
9. Kaynaklar
10. Teşekkür
11. Özgeçmiş

GEVŞEME EGZERSİZLERİ

İnsanlar genelde hastalıklarla ya da sorunlarıyla baş etmek konusunda “boş ver”, “sadece rahatla”, “sakin ol” gibi kalıp cümlelerle karşılaşır. Ancak gevşemek, rahatlamak söylendiği kadar basit ve kolay değildir. Hastalıklarla baş edebilmek ve rahatlamak için gevşeme egzersizlerinin bilinmesi ve uygulanması gerekmektedir. Gevşeme egzersizleri sağlıklı ve hasta tüm insanlar için yararlı ve kullanışlıdır.

Yapılan araştırmalarla, üreme problemi yaşayan kadınların önemli ölçüde duygusal sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Bu duygusal sorunlar ve stres, kadınların tedavilerini güçleştirmekte ve tedavilerini daha az etkin kılmaktadır. İnfertilite alanında da son 20 yılda akıl-beden programları içinde gevşeme egzersizlerinin kullanımı yaygınlaşmıştır. Gevşeme egzersizleri ise bu kadınların stresle baş etmelerini güçlendirmekte, gerginliklerini azaltarak duygusal sorunlarını hafifletmekte ve dolayısı ile gebelik şanslarını artırmaktadır. Bu kitapçıkta başta nefes egzersizleri, aşamalı gevşeme egzersizleri ve düşünme olmak üzere bazı egzersizlere, bu egzersizlerin tanımlarına, yararlarına ve uygulamalarına yer verilmiştir.

Gevşeme, fiziksel, zihinsel ve duygusal olarak gerginliğin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Gevşeme ayrıca, sakinlik, rahatlama, yenilenme, canlanma ve derin gevşeme deneyimi olarak da tanımlanmaktadır. Derin gevşeme duygusu, vücudunuzun özellikleri ile ilişkilidir. Bu kitapçığın ilerleyen bölümlerinde siz vücudunuzu, ne kadar gevşetebildiğinizi, gevşemenizi kolaylaştıran ya da zorlaştıran faktörleri tanıyacaksınız ve bu özelliklere göre ilgili egzersizleri kullanacaksınız.



UNUTMAYINIZ Kİ BİR İNSAN KENDİ BEDENSEL ÖZELLİKLERİNİ ANCAK KENDİSİ BİLİR VE DERİN GEVŞEME BU ÖZELLİKLER İLE TEKNİKLERİ BİRLEŞTİREREK SAĞLAYABİLİR.

GEVŞEME EGZERSİZLERİ İÇİN HAZIRLIK

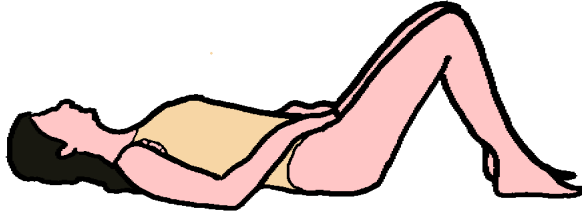
Egzersizleri, gürültüden uzak, yalnız kalabileceğiniz, loş ışıklı, küçük, sakin bir odada yapabilirsiniz. Oda, mümkün olduğu kadar loş olmalıdır. Egzersiz sırasında hoş kokulu mumlar kullanılabilir.



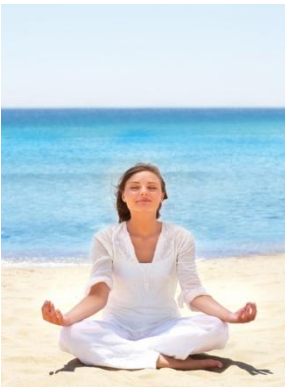
Gevşeme egzersizi için odada bir koltuk ya da uzanmak için kanepeler bulunmalıdır. Egzersizleri oturarak ya da uzanarak yapabilirsiniz.



Ortam hazırlığı için müzik çalarınızı önceden hazırlamalısınız. Size verilen gevşeme egzersizleri CD'sinde gevşemeye dair komutlar bulunmaktadır. CD'deki sözsüz müzik bölümünü **nefes egzersizi** ve **düşleme** sırasında dinleyebilirsiniz.



Egzersize başlamadan önce bol ve rahat kıyafetler giymelisiniz. Terlik, ayakkabı, kemer veya gözlüğünüz varsa çıkartmalısınız.



Egzersizler sırasında bölünmeleri önlemek için telefonunuzu sessize alabilir ya da kapatabilirsiniz.

Gerekirse egzersizi yaptığınız odanın kapısına girişleri engelleyen bir yazı asabilirsiniz.





Hatırlatıcılar

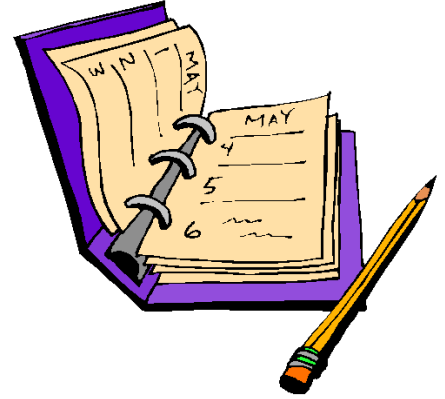
Gevşeme egzersizlerini unutmamak ve alışkanlık haline getirmek için; küçük, renkli etiketler, hatırlatıcı alarmlara başvurmak gerekir.

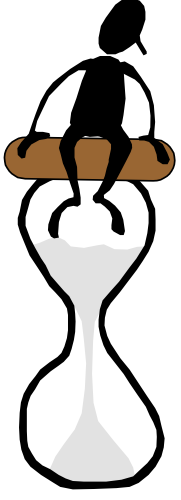
Örneğin banyo ve gardrop aynasına

“**Gevşek miyim**” sorusu yazılabilir.



Size verilen bu kitapçığı yanınızda bulundurarak, egzersizler alışkanlık haline gelene kadar unutkanlıkları önleyebilirsiniz. Ayrıca egzersizin sonunda değerlendirmelerinizi kaydetmek için günlüğünüzü ve kaleminizi yanınızda bulundurup bu sırada hissettiklerinizi defterinize yazınız. Böylece unutmaları önlemiş olursunuz.

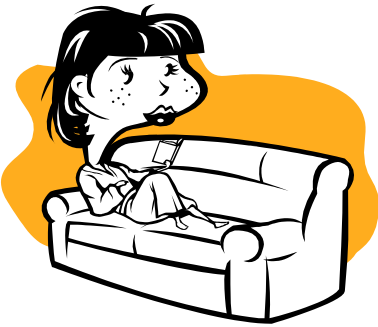




Egzersizlerin Süresi

Egzersizlerin uygulama süresi yaklaşık 30 dakikanızı alacağı için, gün içinde size en uygun zaman diliminde bu egzersizleri gerçekleştirebilirsiniz.

- Derin nefes egzersizini, her seferinde 10 nefes alarak günde 3-4 kez, toplamda günde 40-50 kez derin nefes almanız uygun olacaktır. Bununla birlikte derin nefes egzersizini, her gerginlik hissettiğiniz uygulayabilirsiniz.
- Aşamalı gevşeme egzersizini her gün yaklaşık 15 dakika süre boyunca yapabilirsiniz.
- Düşlemeyi gevşeme egzersizlerinin sonunda ya da ayrıca uygun bir zaman diliminde 5-20 dakikalık bir sürede gerçekleştirebilirsiniz.



DİKKAT!!!

Uygulama sırasında bacak bacak üstüne atmayın,
ellerinizi veya parmaklarınızı kavuşturmayın,
birleştirmeyin, üst üste koymayın.

Bu pozisyonlar başlangıçta rahatlık verseler bile, bir süre sonra kan dolaşımının doğal akışını engellerler.

Başarının Anahtarı

Mümkünse gevşeme egzersizleri
günde bir-iki kez yapılmalıdır.



Kulağa Küpe!!!

Cinsel ilişki sırasında da gevşeme egzersizlerini
kullanmaya çalışınız.



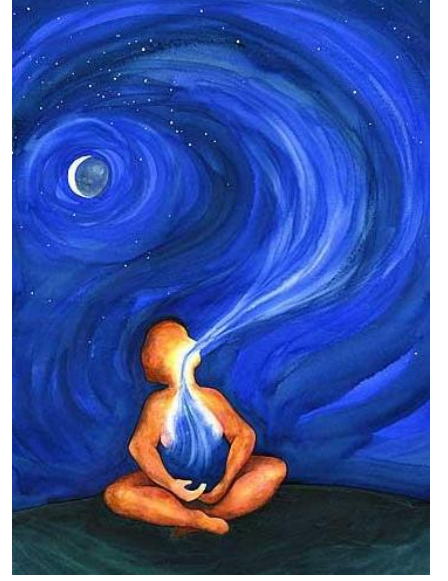
İnsan kendi mutluluğunun mimarıdır.

Henry David Thoreau

NEFES EGZERSİZLERİ

Doğru ve derin nefes almayı öğrenmek, gevşemeyi öğrenmek için atılan en önemli adımdır. Nefes almanın kendisi bir gevşeme yolu olduğu gibi, bütün gevşeme egzersizleri içinde, egzersizin bir parçası olarak kullanılmaktadır.

Doğru ve derin nefes almanın doğrudan damarları genişletme ve kanın bedenin en uç ve en derin noktalarına kadar ulaşmasını sağlama özelliği vardır.



Önce nefes almayı öğrenin!!!

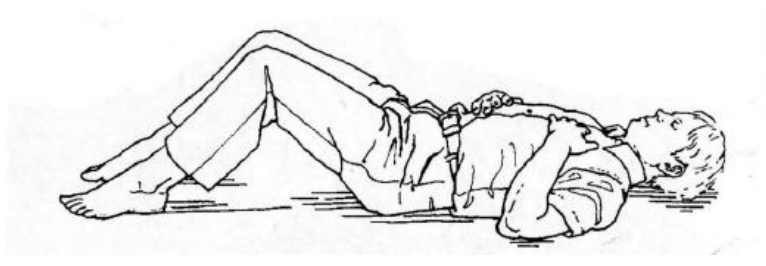
İYİ BİR NEFES AĞIR, DERİN VE SESSİZ OLMALIDIR.



Beynindeki ve bedenindeki bütün olumsuz enerji ve düşüncelerden arın...

Sadece olumlu enerji ve düşünceler sana ait...

Kendi nefesinin ve yaşamının değerini bil...



Rahat bir şekilde oturun ya da uzanın.



- Gözlerinizi kapayın, sadece aldığınız nefesi düşünün. Sadece nefesinizin giriş ve çıkışını düşünün.
- Nefes alırken burnunuzu, verirken ağzınızı kullanın.
- Nefes alırken şu kelimeleri defalarca düşünün “gevşiyorum, düzenli ve düzgün nefes alıyorum, taze hava ciğerlerime doluyor ve çıkıyor, sakinlik tazelik hissediyorum.”
- Nefes alma egzersizine başlamadan önce sağ elinizi göbeğin hemen altına, sol elinizi göğsünüzün üstüne koyup ve gözlerinizi kapatın.

- Nefes almadan önce ciğerlerinizi iyice boşaltın.
 - Nefesi verirken akciğerleriniz zorlanmamalı ve nefesiniz ağzınızdan kolayca çıkmalıdır.
- Her insanda iki adet akciğer bulunur. “biir”, “ikii” diye sayarak akciğerlerinizin sırasıyla hava ile doldurulduğu hayal edin.
- Ardından, nefes aldığınız süre kadar bir süre bekleyin.
- Nefes verirken “biir-ikii” diye sayarak, nefes aldığınızın iki katı sürede nefesinizi boşaltın.
- Nefes verirken şu cümleyi düşünün:
 - **“tüm gerginlik ve olumsuzlukları vücudumdan üfleyerek uzaklaştırıyorum”.**
- Bu sırada sağ elinizin altında göğüs kemiklerinizin hareketli bir köprü gibi yana doğru açıldığını hissetmelisiniz.
- Egzersizi bir kere daha tekrarlayıncaya kadar mutlaka en az 4-5 normal nefes alınmalıdır.
- Nefes egzersizini aynı hareket sırasıyla tekrarlayın.
- Bir defada 10-15 nefes egzersizi yaparak egzersizinizi tamamlayın. Nefes egzersizlerini 5 dakika sürece yapın.
- Her nefes egzersizlerini bu şekilde günde 3-4 kez yapın.

AŞAMALI GEVŞEME EGZERSİZLERİ

Aşamalı gevşeme egzersizleri (AGE) insan vücudundaki büyük kas gruplarının iradeli olarak kasılıp gevşetilmesini içermektedir. Aşamalı gevşeme, kas-sinir gevşemesini uyarıcı bir tekniktir. AGE, bir kas grubu ile başlar, ilk kas grubunun gevşemesinin ardından diğer bir kas grubunun kasılması ve gevşetilmesine geçilir. Bu işlem, tüm vücut kasları gevşeyinceye kadar sürdürülür.



Aşamalı gevşemenin baş ağrısı, sırt ağrısı, uykusuzluk, kanserin yan etkilerinde azalma, yüksek tansiyonun ve kan şekerinin düzenlenmesi başta olmak üzere, pek çok araştırma ile fizyolojik yararları kanıtlanmıştır. AGE aynı zamanda anksiyeteyi, stresi, gerginliği, depresyonu azaltarak, psikolojik iyilik halini artıran ve gevşemeyi sağlayan önemli tekniklerinden birisidir.

Bu yöntemin uygulanması ile kaslarınızın nerede olduğunu ve gerginlik sırasında ne duruma geldiklerini öğrenebileceksiniz. Böylece kaslar aşırı gergin olması durumu ile bu gerginliğin ortadan kalkması durumundaki farkı öğrenmeniz mümkün olacaktır.



Aşamalı gevşeme egzersizleri uzun yıllar sürdürülen uygulamalar sonucunda, kas gerginliğinin kontrolünde etkili bir yöntem olarak kabul edilmiştir. Araştırmalar bu yöntemin mükemmel bir derin gevşeme duygusu yarattığını açıkça ortaya koymuştur. Bu gevşeme size, derin bir dinlenme ve tazelenmeyle adeta yeniden doğmuşluk duygusu verir.

Aşamalı Gevşeme Egzersizlerinin Yararları

- Kas gerginliğini azaltır
- Stresin etkilerini ve kaygıyı azaltır
- Kan basıncını azaltır
- Kalp hızını düzenler
- Bağışıklığı artırır
- Laktik asit yapımını azaltarak yorgunluğu azaltır
- Ağrıya duyarlılığı azaltır
- Fiziksel ve ruhsal durumu iyileştirir
- Uykuyu kolaylaştırır



Temel Adımlar:

- Aşamalı gevşeme egzersizinin yönü, baştan ayağa ya da ayaktan başa doğrudur. Baştan başlama durumunda alın kasları ile ayağa ya da ayaktan başlama durumunda ayak kasları ile başlanır.
- Kaslar sırası ile 1-2-3-4-5'e kadar sayılarak, kasılır ve gevşetilir (her kas grubu için 5-10 saniye).
- Eğer gerek varsa, germe ve serbest bırakma durumu çoğunlukla gergin olan kas gruplarında yoğunlaştırarak tekrarlanır.
- Her kas grubu gevşetildikten sonra derin bir nefes alınır ve bu nefes yavaşça bırakılır.
- Kaslar kişinin kendini rahatsız edecek veya bir krampa sebep olacak kadar aşırı gerilmemelidir.

NOT

Kendi kendinize uyguladığınız egzersizleri ve duygu durumunuza ilişkin değişiklikleri her gün günlüğüne düzenli olarak yazmayı unutmayın!!!

Aşamalı Gevşeme Egzersizlerinin Uygulaması

En rahat ettiğiniz oturur veya yatar pozisyonu alın. Gözlerinizi kapatın, ayak ayak üstüne atmayın. Zihninizi belirtilen kas grupları üzerine toplayın. Rahat, sessiz, ağır ve derin bir nefes alın. Aşağıdaki cümleleri kendi kendinize sessizce içinizden tekrar edin.

Sessizlik ve huzur içindeyim.

- ↓ Alın kaslarım rahat ve yumuşak. Alın ve göz kaslarım yumuşak. Gözlerimi sıkıyorum... daha sıkı... daha sıkı... ve sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... derin bir nefes alıyorum... tutuyorum... ve bırakıyorum... alın kaslarım, göz kaslarım bütünüyle yumuşak, gevşek.
- ↓ Çenem rahat, kaslarım gevşek. Çene kaslarımı sıkıyorum... sıkı... daha sıkı... sonra bırakıyorum... çenemi yavaş yavaş gevşetiyorum.. Derin bir nefes alıyorum.. tutuyorum... ve yavaşça bırakıyorum... çenem sarkıyor... kaslarım yumuşak ve gevşek.
- ↓ Ense kaslarım yumuşak, gevşek. Şimdi onları sıkıyorum... daha sıkı... daha sıkı... sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... derin bir nefes alıyorum... tutuyorum... ve bırakıyorum... ense kaslarım bütünüyle yumuşuyor ve gevşiyor.
- ↓ Alın kaslarım... göz kaslarım... çene kaslarım... ense kaslarım yumuşak, ağır... Sükunet ve rahatlık içindeyim. Verdiğim her derin solukla birlikte gerginliğin bedenimden akıp gittiğini hissediyorum.
- ↓ Şimdi dikkatimi omuz kaslarıma veriyorum. Onları geriyorum... Omuz kaslarımla birlikte göğüs kaslarımı da geriyorum. Tutuyorum... ve sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... derin bir nefes alıyorum... tutuyorum... ve bırakıyorum... omuz kaslarım ve göğüs kaslarım yumuşak ve rahat. Gevşemeyi hissediyorum ve ondan keyif alıyorum.
- ↓ Kol ve el kaslarım gevşek. Şimdi onları sıkıyorum... daha sıkı... daha sıkı... gerginliği hissediyorum... sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... derin bir nefes alıyorum... tutuyorum... ve bırakıyorum... Rahatlığın kollarıma, ellerime yayıldığını hissediyorum.
- ↓ Alın kaslarım... göz kaslarım... çene kaslarım... ense kaslarım gevşek ve rahat... Omuz, göğüs ve kol kaslarım da yumuşak ve gevşek... el kaslarım da bütünüyle gevşemiş durumda... Verdiğim her derin solukla birlikte bedenimden akıp giden gerginliği görüyorum.

- ↓ Şimdi dikkatimi karın kaslarına çeviriyorum... derin bir nefes alıyorum...Nefesini tutuyorum ve karın kaslarımı sıkıyorum...daha sıkıyorum, sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... Şimdi karın kaslarım yumuşak... rahat ve gevşek... gerginliğin yok olduğunu ve rahatladığımı fark ediyorum.
- ↓ Kalça kaslarım yumuşak... şimdi onları sıkıyorum..sıkıyorum...tutuyorum...sonra ağır ağır bırakıyorum... derin bir nefes alıyorum... tutuyorum... ve yavaşça nefesimi bırakıyorum... kalça kaslarımın yumuşak ve rahat olduğunu hissediyorum...
- ↓ Şimdi dikkatimi bacağımın üst ve alt bölümündeki kaslarda ve ayak kaslarımda topluyorum... Bunları geriyorum... geriyorum... tutuyorum, ayaklarımı yere doğru yaklaşıtıyorum... sonra kendime doğru kaldırıyorum... gerginliği iyice hissediyorum ve yaşıyorum... sonra yavaş yavaş bacak ve ayak kaslarımı gevşetiyorum... derin bir nefes alıyorum... tutuyorum ve ağır ağır bırakıyorum... kalça, bacak ve ayak kaslarım yumuşak... ve gevşek...kendimi gevşemiş ve rahatlamış hissediyorum..
- ↓ Alın kaslarım gevşek... göz kaslarım, çene kaslarım gevşek... boyun ve omuz kaslarım yumuşak ve gevşek... kalça, bacak ve ayak kaslarım da gevşemiş durumda...
- ↓ Tüm kaslarım ve vücudum gevşedi...

Bütünöyle gevşemiş durumda, sakin ve huzur içindeyim... Kendimi rahat, yumuşak ve sükunet içinde hissediyorum... bütün bu duyguları sükuneti, huzuru, rahatlığı gün boyu kendimle taşıyacağım... derin bir nefes alıyorum. Geriniyorum ve yavaş yavaş gözlerimi açıyorum.

Bir şeyler değıştirmek isteyen insan, önce kendinden başlamalıdır.
Sokrates

DÜŞLEME-HAYAL KURMA

Düşleme sizi mutlu edebilecek, iç huzura kavuşmanızı sağlayarak sizi rahatlatarak bir hayali hissederek zihninizde canlandırmanızdır. Düş/hayal, zihinsel bir resim olarak tanımlanmaktadır. Düşlemede bu resim akıl gözü ile görülmektedir. Zihinde canlandırmada, sahip olmak istediğiniz ya da olmasını istediğiniz şeyleri hayal edebilirsiniz.

Ya da gitmeyi çok istediğiniz bir yeri zihninizde canlandırarak orada olduğunuzu hayal edebilirsiniz. Zihninizde canlandığınız

yer bir sahil kenarı, dağ, göl, tarla, bahçe, bir restoran, bir mutfak gibi istediğiniz her hangi bir yer ya da alan olabilir.

Dilerseniz, tedavinize odaklanarak da düşlemenizi gerçekleştirebilirsiniz. Bu tarz bir düşlemede kullandığınız ilaçların vücudunuzda nasıl etkiler yarattığını, sizi nasıl iyileştirdiğinizi düşleyebilirsiniz.



Önemli olan bu canlandırmayı zihinde net bir şekilde görebilmenizdir.!!!



Düşleme sırasında kendi düşlerinizdeki duyuları hissetmeye çalışmalısınız. Bu duyular tat alma, koku, sıcaklık, ses, dokunma ve görme gibi duyularımızdır.

Bu duyuları harekete geçirerek düşlemeyi gerçekleştirmelisiniz. Örn: çileğin tadı, limonun ekşiliği, deniz, çam, çiçek kokuları, sıcak kumsal, serin esen meltem gibi...

Düşlemeyi tam olarak gerçekleştirmek ve

duyularınızdan yararlanmak için aşağıdaki kutuda bulunan soruları cevaplandırabilirsiniz.

- a) Nerede bulunuyorsun?**
- b) Bulunduğun yerin ısısı nedir?**
- c) Gördüğün manzarada hangi renkler var?**
- d) Gördüğün manzarada hangi sesleri duyuyorsun?**
- e) Orada neler oluyor?**
- f) Nasıl hissediyorsun?**

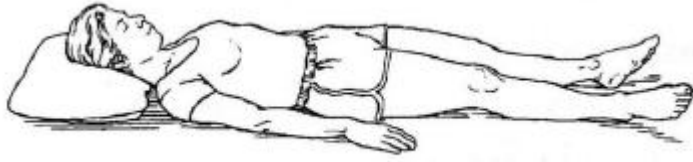
Zihninizde canlandırdıklarınız gerçekten oluşuyor gibi olmalıdır. Bu egzersiz derin bir yoğunlaşma gerektirmektedir. Böylece düşlemeyi, en iyi şekilde gerçekleştirmiş olursunuz. Düşlemeyi kullanma becerisi uyguladıkça artacaktır.

Düşleme bireysel ve size özel olmalıdır. Bir başkasının geliştirdiği düşlemenin, iyileşme sürecinde daha az etkili olduğu bilinmektedir. Düşleme, sizin kendi kültürünüze, değerlerinize ve kişiliğinize uygun olmalıdır. Zihninizde canlandırdığınız düşleme sabit değildir. Düşlemenizi istediğiniz gibi değiştirmek ve geliştirmek tamamen size bağlıdır.

**Başarılı olan herkes
önce onu hayal etmiştir.**

Düşlemenin Yararları

- + Fiziksel gevşemeyi sağlar
- + Stresi azaltır
- + Ağrıyı azaltır
- + Anksiyeteyi azaltır
- + İyileşme sürecini uyarır
- + Hemşirelik ve tıbbi uygulamalara dayanma gücünü artırır
- + Öz-bakım ve motivasyonu artırır



- + Hastalıklardan bir anlam bulmayı sağlar
- + Çatışmaları çözer
- + Öz-saygıyı ve öz-güveni artırır
- + Problem çözme yeteneğini artırır
- + Olumlu içsel güçlere ulaşmayı sağlar
- + Sigara içme, tırnak yeme, aşırı yemek yeme gibi alışkanlıkların kontrol edilmesini sağlar.

Düşlemenin Uygulaması

- ✚ Gözlerinizi kapatın ve yavaşça derin solunuma başlayın.
- ✚ Bedeninizden gerginliği uzaklaştırın.
- ✚ Zihinsel olarak yavaş yavaş hoş bir sözcük, düşünce ya da hayale odaklanın.
- ✚ Düşüncenizde en çok olmayı istediğiniz yerde, canlı ve güçlü olmak isteyebilirsiniz. Örneğin, evde çok beğendiğiniz bir sandalye, bahçenizdeki gölgeli bir yer ya da sessiz bir kumsal olabilir.
- ✚ İsteddiğiniz yere konsantre olun, yoğunlaşın.
- ✚ Zihninizde gördüğünüz hayali tat, koku, dokunma, ses gibi duyularla zenginleştirin. Zihninizde hayal ettiğiniz şeylere odaklanarak hissedebileceklerinizi yaşamaya çalışın. Örn: yüzünüzde güneşin sıcaklığını hissedebilir, kumsaldaki dalga seslerini duyabilir, sıcak ekmeğin kokusunu alabilirsiniz. Ne kadar ayrıntılı canlandırma yapabilirsiniz, o ölçüde kolay ve çabuk gevşeyebilirsiniz.
- ✚ Belirli bir süre, yaklaşık 5 dk bu hayali düşünün, rahatlamanıza, gevşemenize odaklanın. Egzersizi tamamlamak için tekrar derin bir nefes alın ve verin.
- ✚ Aşağıdaki sözleri içinizden tekrarlayın:
- ✚ Hayat ve enerjinin tüm vücuduma aktığını hissediyorum
- ✚ Hayat ve enerji kendimi hafif ve canlı hissetmeme yol açıyor.
- ✚ Kendinizi hazır hissettiğinizde hayali canlandırmayı bırakın, gevşemiş halde şuana dönün.



Gevşeme Kelimeleri

Açıklık	Dingin	Harika	Manevi	Sabır	Temiz
Affetme	Doğal	Hazır	Memnuniyet	Sakin	Teselli
Ahenk	Duru	Hoşnutluk	Mistik	Samimi	Telkin
Ağır	Durgun	Huzur	Moral	Saygılı	Tevekkül
Akmak	Eğlenme	İlham	Mutlu	Sessiz	Umut
Bağışlama	Emin olma	İyilik	Muhteşem	Sevgi	Unutma
Barış	Enerji	İyileşme	Net	Sevinçli	Uyanık
Basit	Farkında olma	İyimserlik	Neşeli	Sonsuz	Uyum
Bütün	Gevşeme	Kolay	Odaklanma	Sükunet	Ümit
Canlanma	Güçlü	Kabul etme	Özgür	Şenlik	Yatışma
Çocuksu	Güzel	Korkusuz	Özen	Şükran dolu	Yaratıcı
Çözme	Güven	Kutsama	Parlama	Tarafsız	Yenilenme
Dertsiz/tasasız	Hafifleme	Kuvvetli	Rahatlama	Tazelik	Yumuşak
Yeni Kelimeler:					

KAYNAKLAR

1. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000:133-140, 186-199.
2. Barbieri RL, Domar AD, Loughlin KR. Six Steps to Increased Fertility: An Integrated Medical and Mind/Body Program to Promote Conception. Simon & Schuster, 2000.
3. Bayer SR, Alper MM, Penzias AS. Boston IVF İnfertilite El Kitabı. Çev Edit: Işık AZ, Vicdan K. Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, 2008, 177-187.
4. Bonadies V. Guided Imagery as a Therapeutic Recreation Modality to Reduce Pain and Anxiety. Therapeutic Recreation Journal; Second Quarter 2009; 43, 2
5. Boyacıoğlu G, Kabakçı E. Gevşeme Egzersizleri CD'si. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 77
6. Cardaş E. Nefes Egzersizleri. Çev: Toksoy S., Okyanus Yayıncılık ve Yapımcılık Ltd Şti. İstanbul, 1999.
7. Dochterman JM, Bulechek GM. Nursing Interventions Classification. Fourth Edition. Mosby. St. Louis Missouri. 2003.
8. [Domar](#) AD, [Kelly](#) AL. Conquering Infertility: Dr. Alice Domar's Mind/Body Guide to Enhancing Fertility and Coping with Infertility. Penguin, 2004.
9. Dossey BM, Keegan L. Holistic Nursing: A Handbook for Practice. Jones & Bartlett Publishers, 5 edition, 2008, 270-280.
10. Fontaine KL. Hypnotherapy and Guided Imagery. Complementary & Alternative Therapies for Nursing Practice. Second Edition. Pearson Prentice Hall, New Jersey. 2005:301-320.
11. Greenberg JS. Autogenic Training and Progressive Imagery. Comprehensive Stress Management. Eleventh Edition. Mc Graw-Hill, 2009: 195-223.
12. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. BMC Psychiatry 2008; 8(41):_doi:10.1186/1471-244X-8-41
13. Progressive Muscle Relaxation “A Guide to Psychology and Its Practice <http://www.guidetopsychology.com/pmr.htm>. Şubat 2010.
14. Riley JB. Communication in Nursing. Sixth Edition. Mosby Elsevier, Philadelphia, 2008, 239-270.
15. Üstün B, Akgün E, Parlak N (2005) Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi, İzmir.

Bu kitapçığı hazırlamamda, her aşamada yanımda ve bana destek olan çok değerli danışman hocalarım Prof Dr Hülya OKUMUŞ ve Prof Dr Kadriye BULDUKOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

İnfertilite Hemşireliği Derneğı'ne gevşeme egzersizleri kitapçığının basılması, tüp bebek merkezlerine ulaştırılması ve bu konuda duyarlılığın artırılmasında olan katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Bu kitapçığın hazırlanmasında katkı ve desteklerinden ötürü başta İnfertilite Hemşireliği Derneğı Antalya İl Temsilcisi, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi Hemşiresi Sayın Müzeyyen AKTAŞ'a, ayrıca desteklerinden dolayı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi çalışanlarına teşekkür ederim.

İnfertilite hemşirelerinin hemşirelik bakımlarını planlarken bu kitapçığı yardımcı bir araç olarak kullanmaları dileklerimle...

Bu kitapçığı kullanarak destek görmesini amaçladım tüm çiftlere sevgilerimle...

Uzman Hemşire İLKAY ARSLAN ÖZKAN

ÖZGEÇMİŞ

İlkay ARSLAN ÖZKAN, 2000 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur. Yüksek Lisansını Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği programında 2005 yılında tamamlamıştır. Aynı yıl Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu'nda Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başlamış ve devam etmektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği programında 2008 yılında doktora eğitimine başlamış ve devam etmektedir. Yazar, İnfertilite Hemşireliği ve hemşirelik bakımı alanında uzmanlaşmaktadır. Doktora tezi kapsamında infertil kadınların hemşirelik bakımına yönelik gevşeme egzersizlerini de içeren hemşirelik kuramına dayalı bakım programını yürütmektedir.

EK 10

KARTVİZİT ÖRNEĞİ



İlkay ARSLAN ÖZKAN
Uzman Hemşire

*Yaşadığınız sorunlarla daha güçlü bir şekilde baş etmeniz için,
Sizi dinlemek ve anlamak için,
BURADAYIM*

Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu
07058 Kamptis Antalya / Türkiye GSM: 0(505) 467 87 89
Tel: 0(242) 227 59 63- 6107 Faks: 0(242) 226 14 69
E-posta: ilkayarслан@akdeniz.edu.tr



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI	
Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/400	Tarih: 16/03/2009
Etik Kurul Üyeleri Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan) Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(Başkan Yrd.) Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(üye) Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye) Etik Kurul Sekreteri Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE Etik Kurulumuzun 16 Mart 2009 tarih ve 46/1/09 sayılı toplantısında, 245 kayıt numaralı evrak ile başvuran Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ'un danışmanlığını yaptığı Doktora öğrencisi İlkay ARSLAN ÖZKAN'nın "Watson'ın Bakım Modelinin İnfertil Kadınların Öz-Yeterlik,Uyum Düzeyleri Ve İnfertiliteye Tepkilerine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez önerisinin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.  Prof.Dr.Zühal BAHAR Etik Kurul Başkanı

numaralı
lik,Uyum
etik kurul

ti
TÜN

EK 12

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/ Etik/
Konu:

10/06/2009
ANTALYA

ETİK KURULU KARARI

Etik Kurulunun Adı, Adresi	: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dumlupınar Bulvarı Kampüs 07070/ANTALYA
Toplantı Tarihi	: 10.06.2009
Araştırmanın tam adı	: “Watson’ın Bakım Modelinin İnfertil Kadınların Öz-Yeterlik, Uyum Düzeyleri ve İnfertiliteye Tepkilerine Etkisinin İncelenmesi”
Sorumlu araştırmacının ismi	: Öğr. Gör. İlkay ARSLAN ÖZKAN

Sorumlu Araştırmacı Öğr. Gör. İlkay ARSLAN ÖZKAN tarafından yürütülecek olan “Watson’ın Bakım Modelinin İnfertil Kadınların Öz-Yeterlik, Uyum Düzeyleri ve İnfertiliteye Tepkilerine Etkisinin İncelenmesi” adlı araştırmanın aşağıdaki öneri ışığında yapılmasında etik açısından sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Öneri: Çalışmanın gönüllülerinin yer aldığı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi ve Özel Tüp Bebek Merkezinden yazılı izin alınması.

Prof.Dr. Mehmet ARMAN
Başkan

Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN
Başkan Yardımcısı

Yrd.Doç.Dr.Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Raportör

Prof.Dr.Aysel AĞAR
Üye

Prof.Dr.İclal YÜCEL
Üye (Katılmadı)

Prof.Dr.Mevlüt ASAR
Üye

Prof.Dr.M.Akif CİFTİÇİOĞLU
Üye

Prof.Dr.İsmail ÜSTÜNEL
Üye (Başka Toplantıda)

Doç.Dr.Ayşen BİNGÖL BOZ
Üye (Kongrede)

Doç.Dr.Merter ÖZENÇİ
Üye

Başeczacı Tüiliz BAYSAL
Üye

Avukat Sezgin TEKİN
Üye – Hukukçu
(Şehirdışında)

Bekir ÖZSOY
Üye – Halk Temsilcisi
(Katılmadı)

EK 13

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yazılı İzini



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği



Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-1280
Konu : Uygulama İzni

18/06/2009

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
İnciraltı/İZMİR

İlgi : 26.05.2009 tarih ve B.30.2.DEÜ.0.42.72.00-01777 sayılı yazı.

Enstitünüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi **İlkay ARSLAN ÖZKAN**'ın "Watson'ın Bakım Modelinin İnfertil Kadınların Öz Yeterlik, Uyum Düzeyleri ve İnfertiliteye Tepkilerine Etkisinin İncelenmesi" konulu uygulama çalışmasını Haziran 2009-Mart 2011 tarihleri Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Abdullah ERDOĞAN
Başhekim
Dekan Yardımcısı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA
Tel : (242) 227 43 53 - 227 43 30
Faks : (242) 227 44 90

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmacı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezinde tedavi olan infertile kadınlarla “Watson’ın bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertil kadınların infertiliteden etkilenme, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi” adlı doktora tezinin yapılması planlanmıştır. İnfertil kadınlarla çalışan hemşirelerin bireylerin özelleşmiş bakım ihtiyaçlarını karşılamaları gerekmektedir. Bu araştırmada hemşirelik bakımının infertil kadınların öz-yeterlik, uyum ve olumsuz etkilenme durumları üzerindeki etkisi incelenecektir.

Araştırma 4 oturumluk görüşmelerle yürütülecektir. Her oturum yaklaşık 40 dk sürecek, oturumun ilk bölümünde görüşme yapılacak, ikinci bölümde gevşeme egzersizleri eğitimi ve uygulaması yapılacaktır. Araştırmaya vereceğiniz katkılardan dolayı şimdiden teşekkür ediyorum.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağını öğrendim. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih :

Veri No :

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası :

Telf :

Email :

Araştırmacının Adı Soyadı ve İmzası : Öğr Gör İlkay ARSLAN ÖZKAN

ÖZGEÇMİŞ

İLKAY ARSLAN ÖZKAN

TC Kimlik No/Pasaport No	23089347286
Doğum Yılı	1979
Yazışma Adresi	Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Dumlupınar Bulvarı 07058 Kampüs, Antalya/Türkiye
Telefon	242 2275963
Faks	242 2261469
e-posta	ilkayarslan@akdeniz.edu.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksek Okulu	Hemşirelik	Lisans	2000
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Yüksek Lisans	2005

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Akdeniz Üniversitesi	Türkiye	Antalya	Antalya Sağlık Yüksekokulu	Öğretim Görevlisi	2005-

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
İnfertilite Hemşireliği

ÖDÜLLER

Ödülün Adı	Aldığı Kuruluş	Yılı
Sözel Bildiri 3.'lük Ödülü	Jinekolojik Onkoloji Derneği	2010

YAYINLAR

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

1. **Arslan-Özkan İ**, Okumuş H, Buldukoğlu K, Watson J. A Care Study Based On Watson's Theory Of Human Caring: Being An Infertile Woman In Turkey. Nursing Science Quarterly (Article in Press).
2. **Arslan-Özkan İ**, Özer Z, Kulakaç K. Use of Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Diseases: A Literature Review. HealthMed (Article in Press).
3. **Arslan-Özkan İ**, Mete S. Pregnancy planning and antenatal behaviour: Findings from one maternity unit in Turkey. Midwifery 2010; 26(3): 338-347. (Indexed in Social Sciences Citation Index)
4. **Özkan-Arslan İ**, Kulakaç K. Jinekolojik kanserlerde tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı: bir literatür incelemesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2009; 29(6):1695-1704.
5. Kulakaç K, **Özkan-Arslan İ**, Sucu G, O'Lynn C. Nursing: the lesser of two evils. Nurse Education Today 2009; 29(6):676-680.

Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

1. H. Bektas1, **I. Ozkan**. Sexual dysfunction in breast cancer. European Journal of Oncology Nursing 2010; 14 (S1): p52, 38.
2. H. Bektas1, **I. Ozkan**. Management of sexual dysfunction in breast cancer. European Journal of Oncology Nursing 2010; 14(S1):p66, 43.
3. Kulakaç Ö, **Özkan-Arslan İ**, Canli-Özer Z. Pre-eklampsi and cardiovascular disease in women. Abstracts of the 9th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing / European Journal of Cardiovascular Nursing 2009; 8(Supplement 1):S27.
4. **Özkan-Arslan İ**, Canli-Özer Z, Kulakaç Ö. Use of Complementary Therapies in Patients with Hypertensive in Turkey. Abstracts of the 9th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing / European Journal of Cardiovascular Nursing 2009; 8(Supplement 1):S15.
5. **Özkan-Arslan İ**, Özen A. Öğrenci hemşirelerde boyun eğici davranışlar ve benlik saygısı arasındaki ilişki. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008, 7(1): 53-58.
6. **Özkan-Arslan İ**, Körükcü Ö, Kukulu K. Ovarian Hiperstimulasyon Sendromu: yönetimi ve hemşirelik bakım kılavuzu. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 2008, 18(2):98-105.
7. **Özkan-Arslan İ**, Körükcü Ö, Güven G, Kulakaç K. Ovarian Hiperstimulasyon Sendromu (OHSS) hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2007, 21(4):227-234.

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

1. **Özkan-Arslan İ**, Kulakaç K. Kadın mahkumlarda genital hijyen davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(2): 31-38.
2. **Arslan İ**, Dicle A, Okumuş H. HELLP sendromu ve hemşirelik bakımı. MN Klinik Bilimler & Doktor Medical Network 2005, 11: 455-61.
3. **Arslan İ**, Mete S. Beklenmeyen gebelikler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005, 8(1): 94-100.

BİLDİRİLER

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler

1. Kulakaç K, Sucu G, **Özkan-Arslan İ**. Erkek Hemşireler: Hemşirelik Eğitiminde Cinsiyet Ayırmıcılığı. Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresi, 2009, İzmir, Poster Bildiri p-.
2. **Özkan-Arslan İ**, Kukulu K. The Impact of Lifestyle on Infertility: An Evidence-Based Review. 7th Athens Congress on Women's Health and Disease. 2008 (Poster Presentation p-172) Greece.
3. Kukulu K, **Özkan-Arslan İ**, Korukçu Ö, Saçıntı H, Karaoğlu M. The relation between emergency contraception and unwanted pregnancies in Diyarbakır. 7th Athens Congress on Women's Health and Disease. 2008 (Poster Presentation p-177) Greece.,
4. **Özkan-Arslan İ**, Mete S. Gebeliğin istenme durumu ve prenatal davranışlar arasındaki ilişki. 4. Uluslararası-11. Ulusal Hemşirelik Kongresi 2007 (Sözel Bildiri s-31). Ankara.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

1. Teskereci, G., **Arslan Özkan, İ**. Birey Merkezli İnertilite Bakım Modeli: Bireyin Sesini Dinlemek. 9. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 17-22 Mayıs 2011, Antalya (Sözel Bildiri).Sözel Bildiri No: 7.
2. **Arslan Özkan, İ**, Teskereci, G., Aktaş, M. (2011). Birey Merkezli Bakım İçin Hemşirelere Öneriler. 9. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 17-22 Mayıs 2011, Antalya (Poster Bildiri). Poster No:292.
3. Teskereci, G., **Arslan Özkan, İ**. (2011). Aile Planlaması Kliniklerinde Çalışan Hemşireler İçin Kontraseptif Eğitim ve Öğretimin Yapısı, 7. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. 7. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 22-25 Nisan 2011, Ankara (Sözel Bildiri).
4. **Arslan Özkan, İ**. Teskereci, G. (2011). Mercer'in Anne Olma Modeli ve Sürece İlişkin Hemşirelik Girişimleri. 7. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 22-25 Nisan 2011, Ankara (Poster Bildiri).

5. Teskereci, G., **Arslan Özkan, İ.** (2010). Kontraseptif Yöntemlerin Cinsel Yaşama Etkisi, 8. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 18-23 Mayıs 2010, Antalya (Poster Bildiri).
6. **Arslan Özkan, İ.**, Teskereci, G. (2010). Postpartum Depresyona Yönelik Hemşirelik Girişimi, 8. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 18-23 Mayıs 2010, Antalya (Poster Bildiri).
7. **Arslan Özkan, İ.**, Teskereci, G. (2010). İnfertilitede Beslenme: Kanıta Dayalı Fertilite Diyeti Önerileri, 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi, 07-10 Ekim 2010, Antalya (Poster Bildiri).
8. **Arslan Özkan, İ.**, Okumuş H. (2010). İnfertil Kadınlarda Tedavi Sürecine Uyum Önemli Midir? Uyum Ölçülebilir Mi?. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi, 07-10 Ekim 2010, Antalya (Poster Bildiri).
9. **Arslan Özkan, İ.**, Aktaş, M., Erman-Akar, M. İnfertil Kadınlarda Beden Kitle İndeksi: Ülkemizdeki Durumun İncelenmesi. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi, 07-10 Ekim 2010, Antalya (Poster Bildiri).
10. Teskereci G, **Özkan-Arslan İ**, Kulakaç K. Jinekolojik Kanserli Kadınların Uzun Dönem Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. 12. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi, Antalya, 25-29 Eylül 2010, Sözel Bildiri.
11. **Özkan-Arslan İ**, Körükcü Ö, Kukulu K. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar İçin Literatür Taraması. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi. (Uluslararası Katılımlı), 2009, Sivas, Poster Bildiri p-61.
12. Kukulu K. **Özkan-Arslan İ** Teskereci G, Hasta Merkezli Bakımda Rehber Kullanımı. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Uluslararası Katılımlı) , 2009, Sivas, Poster Bildiri p-128.
13. Teskereci G, **Özkan-Arslan İ**, Kukulu K. İnfertilite Hemşireliğinde Ailenin Desteklenmesi Ve Güçlendirilmesine Yönelik Rehber Kullanımı. II. Üreme Tıbbı Derneği Kongresi 2009, Antalya, Poster Bildiri p-9.
14. **Özkan-Arslan İ**, Teskereci G. İnfertilite Hemşireliğinde Model Kullanımı: Hasta Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli. II. Üreme Tıbbı Derneği Kongresi 2009, Antalya, Poster Bildiri p-16.
15. **Özkan-Arslan İ**, Okumuş H. İnfertilite Ve Yardımcı Üreme Teknikleri Üzerine Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Etkileri: Bir Literatür İnceleme. II. Üreme Tıbbı Derneği Kongresi 2009, Antalya, Sözel Bildiri s-6.
16. **Özkan-Arslan İ**, Körükcü Ö, Kukulu K. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakış Açısı ile Klinik Uygulamada Eğitim Aracı Olarak Kullanılan Broşürler. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi. (Uluslararası Katılımlı) 2008, Nevşehir/Kapadokya p-02.
17. **Özkan-Arslan İ**, Körükcü Ö. Hemşirelik Eğitimi Süreci Örneği: İspanya. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi. (Uluslararası Katılımlı) 2008, Nevşehir/Kapadokya p-.

18. **Özkan-Arslan İ**, Kulakaç K. Jinekolojik onkolojide tamamlayıcı ve alternatif tıp. 11. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi, 2008, Antalya, Sözel Bildiri s-08.
19. Kulakaç K., **Özkan-Arslan İ**. Ovarian kanserlerin önlenmesinde yaşam stilinin etkisi. 11. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi. 2008, Antalya, Poster Bildiri p-02.
20. **Özkan-Arslan İ**, Körükcü Ö, Güven G, Kulakaç K. Hemşirelik bakımı olgu sunumu: Ovarian Hiperstimulasyon Sendromu (OHSS). 6. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 2008, Antalya. Poster Bildiri p-293.
21. Körükcü Ö, **Özkan-Arslan İ**. Vulvodini'nin hemşirelik açısından değerlendirilmesi. 6. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, Antalya, 2008, Poster Bildiri p-074.
22. **Özkan-Arslan İ**, Körükcü Ö, Kukulu K. Ovariyan Hiperstimulasyon Sendromu ve hemşirelik bakım kılavuzu. Turk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Ulusal Eğitim Sempozyumu, 2007, Antalya, Poster Bildiri p- 126
23. **Özkan-Arslan İ**, Körükcü Ö, Göl D, Kulakaç Ö, Taşkın Ö. Histerektomi hasta eğitim broşürü. Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Ulusal Eğitim Sempozyumu, 2007, Antalya. Poster Bildiri p-54.
24. Özen A, **Özkan-Arslan İ**. Hemşirelik öğrencilerinde boyun eğici davranış durumu. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Uluslararası Katılımlı, İstanbul, 2007, Poster Bildiri p-34.
25. Alp N, **Arslan İ**, Mete S, Üstün B. Etik ve perinatolojide etik ile ilgili çalışmaların incelenmesi", Perinatal Tıp 2003, İzmir, Poster Bildiri p-71.

Katıldığı Kongre, Workshop, Sempozyum ve Konferanslar

1. Safe, Patient Friendly And Low Cost IVF - A Road To The Future. An International Symposium. 23-25 April 2010 Lares Park Otel Antalya/Turkey.
2. Hemşirelikte Kavramsal Model Kullanımı Çalıştayı, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, 18-19 Aralık 2009, Antalya.
3. VI Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi "Seyahatte Sağlık Bilişimi ve Telesaglık" 12-15 Kasım 2009, Antalya
4. II. Üreme Tıbbı Derneği Kongresi 1 – 4 Ekim 2009, Antalya
5. İstatistiksel Veri Analizi Kursu, Antalya Sağlık Yüksekokulu ve Akseki Sağlık Yüksekokulu, 19-21 Ocak 2009, Antalya
6. Niteliksel Araştırmalar Çalıştayı. Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu ve Akseki Sağlık Yüksekokulu, 12-14 Ocak 2009, ANTALYA
7. Uluslararası Katılımlı Tıp Bilişimi Kongresi, 13-16 Kasım 2008, Antalya

8. İnfertilite Hemşireliği Kursu, 3. Üreme Endokronolojisi Ve İnfertilite Kongresi, 2008, Antalya.
9. Midwifery Education, Evidence Based Postnatal Researches and Writing for Publication. Atatürk School of Health Ege University, June 23-25 2008, İzmir.
10. Hemşirelik Araştırmalarının Profesyonelleşmesi İçin Proje Süreç Yönetimi (PCM) Çalıştay Programı, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Akademik Seminerler, 10-12 Ocak 2008, Antalya.
11. 3rd Annual Congress of Update in Cardiology and Cardiovascular Surgery, Cardiac Nursing Course, 1 December 2007, Antalya.
12. Üreme Sağlığında Stratejik Liderlik Ve Yönetim Kursu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Ulusal Eğitim Sempozyumu, Ekim 2007, Antalya.
13. Alan ve Klinik Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri Kursu, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23 Ekim 2007, Denizli.
5. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi 15-18 Kasım 2007, Antalya
14. AIDS ile Mücadele Derneği, 2.AIDS Eğitimci Kursu. 3-5 Mayıs 2004, İzmir
15. II. Ege Diyabet Günleri, Diyabet Hemşirelik Kursu, 3-5 Kasım 2004, İzmir
16. Üreme Sağlığı Hemşireliği Kursu, 20 Nisan 2003, Ankara
17. Doğum Öncesi Hazırlık Kursu, 8 Ekim 2003, İzmir.

Konuşmacı olarak katıldığı eğitim programları, konferans ve panelleri

Arslan-Özkan İ. İnfertilite Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. İnfertilite Hemşireliği Kursu, II. Üreme Tıbbı Derneği Kongresi, 1-4 Ekim 2009, Antalya.

"ISI Web of Science" Atıflar

1. Atıf: Ay P et al. The influence of gender roles on health seeking behaviour during pregnancy in Turkey. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2009;14(4):290–300.

Atıf Edilen Yayın: Özkan-Arslan İ, Mete S. Pregnancy planning and antenatal behaviour: Findings from one maternity unit in Turkey. Midwifery. (Article in press) doi:10.1016/j.midw.2008.07.005.

2. Atıf: Karaçam Z et al. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. Midwifery(2009),doi:10.1016/j.midw.2009.07.006. **Atıf Edilen Yayın:** Arslan, İ., 2005. The Relation Between Prenatal Behaviour and Planned/Unplanned Pregnancy. Master Thesis. Institute of Health Sciences, Dokuz Eylül University, İzmir.

- 3. Atıf:** Bödecs T, Horváth B, Szilágyi E, Németh MD, Sándor J. Association between health beliefs and health behavior in early pregnancy. *Matern Child Health J* (2010), doi: 10.1007/s10995-010-0698-0. **Atıf Edilen Yayın:** Özkan-Arslan İ, Mete S. Pregnancy planning and antenatal behaviour: Findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*. (Article in press) doi:10.1016/j.midw.2008.07.005.
- 4. Atıf:** S. Youngwanichsetha (2012), Pregnancy planning among Buddhist and Muslim Thai women in southern Thailand, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, DOI:10.1080/02646838.2011.649471 **Atıf Edilen Yayın:** Ozkan, I.A., & Mete, S. (2010). Pregnancy planning and antenatal health behavior: Findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*, 26, 338-347
- 5. Atıf:** Akın A. Özduyarlık ve Boyun Eğici Davranış. *Eğitim ve Bilim* (2009). 34(152): 138-147. **Atıf Edilen Yayın:** Özkan, İ. A., & Özen, A. (2008). Öğrenci hemşirelerde boyun eğici davranışlar ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(1), 53–58.
- 6. Atıf:** Kaya N, Aştı T, Turan N, Karabay B, Emrullah Emir E. The feelings of guilt and shame experienced by Nursing and Midwifery students. *Nurse Education Today* In Press, doi:10.1016/j.nedt.2011.08.011. **Atıf Edilen Yayın:** Özkan, İ. A., & Özen, A. (2008). Öğrenci hemşirelerde boyun eğici davranışlar ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(1), 53–58.
- 7. Atıf:** Arslan-Özkan İ, Okumuş H, Buldukoğlu K, Watson J. A Care Study Based On Watson's Theory Of Human Caring: Being An Infertile Woman In Turkey. *Nursing Science Quarterly* (Article in Press). **Atıf Edilen Yayın:** Özkan-Arslan İ, Kulakaç K. Jinekolojik kanserlerde tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı: bir literatür incelemesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2009; 29(6):1695-1704.

Projeler

1. Tam Emzirmeye Başlamayı Etkileyen Faktörler. Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Araştırma Projesi No: 2009.01.0122.001, Araştırmacı.
2. Meme Kanseri Tanısı Alan Bireylerde Cinsel Disfonksiyon. Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Araştırma Projesi No: 2010.01.0122.001, Araştırmacı.
3. Hemşirelik Öğretim Elemanlarının Erkek Öğrenci Hemşirelerle Ders ve Uygulama Alanlarında Yaşadıkları Deneyimlerin Belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Araştırma Projesi No: 2010.01.0122.004, Araştırmacı.

TEZDEN YAPILAN YAYINLAR

1. Arslan-Özkan İ, Okumuş H, Buldukoğlu K, Watson J. A Case Based On Watson's Theory Of Human Caring: Being Infertile Women in Turkey, Nursing Science Quarterly (kabul edildi..)
2. Arslan-Özkan İ, Okumuş H. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Kuram: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi (kabul edildi, 2012-2. sayıda yayınlanacak)
3. Arslan-Özkan İ, Okumuş H, Lash AA, Fırat MZ. Psychometric Properties of the Infertility Self-Efficacy Short Form Scale Translated Into Turkish, Journal of Nursing Scholarship (kabul edildi..)

Bildiriler

1. Arslan-Özkan İ, Okumuş H. (2010). İnfertil Kadınlarda Tedavi Sürecine Uyum Önemli Midir? Uyum Ölçülebilir Mi?. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi, 07-10 Ekim 2010, Antalya (Poster Bildiri).
2. Arslan-Ozkan İ, Okumuş H, Lash A, Fırat MZ. Psychometric Properties of Translated Infertility Self-Efficacy Scale. Midwest Nursing Research Society 35th Annual Research Conference March 24 – 27, 2011. (Oral Presentation).
3. Arslan-Ozkan İ, Okumuş H. The Levels of Infertility Adjustment to the Turkish Women: A Descriptive Study. The World Congress on Building Consensus in Gynecology, Infertility and Perinatology (BCGIP): Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI), Barcelona, Spain, May 3-6, 2012. (Poster Presentatoin)

Decision Letter (NSQ-11-0096.R1)

From: rrpase@aol.com
To: ilkayarslan@akdeniz.edu.tr
CC:
Subject: Nursing Science Quarterly - Decision on Manuscript ID NSQ-11-0096.R1
Body: @@date to be populated upon sending@@

Dear Dr. ARSLAN ÖZKAN:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "A CARE STUDY BASED ON WATSON'S THEORY OF HUMAN CARING: BEING AN INFERTILE WOMAN IN TURKEY" for publication in Nursing Science Quarterly. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Nursing Science Quarterly, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Rosemarie Parse
Editor in Chief, Nursing Science Quarterly
rrparse@aol.com

Date Sent: 19-Feb-2012

Sayın Blm. Uzm. İlkay Arslan-Özkan

Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli adlı derlemeniz, 26 Ocak 2012 tarihinde Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi'nde yayımlanmak üzere kabul edilmiştir.

Dergimizin 2012-2. sayısında (Ağustos sonunda) yer alacaktır. Sizi kutluyor ve başarınızın devamını diliyorum.

Saygılarımla

Mehlika Filiz Ulusoy, Prof. Dr.

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi
Editörü

İnfertil Kadınlarda Tedavi Sürecine Uyum Önemli Midir? Uyum Ölçülebilir Mi?

İnfertilite ve yardımcı üreme tedavileri, çok boyutlu stresörlerdir. Bu stresörler kadınların tedaviye uyumunu etkiler mi? Bu stresörlerin infertil kadınların tedaviye uyumlarında değişikliğe neden oldukları bilinmektedir. Bu sunum, infertil kadınların uyum sürecini tanımlamak ve kadınların uyumu sürecini değerlendirme yönelik bir ölçeğin geçerli ve güvenilir çalışmasını paylaşmaktır.

Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi veri tabanlarından, “infertility, adjustment, scala”, “infertilite, uyum, ölçek” anahtar kelimeleri kullanılarak son 10 yıllık literatür incelenmiştir.

İnfertilite ve yardımcı üreme tedavilerinin psikolojik boyutlarını ortaya koyan birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda infertilitenin bireylerin stres, depresyon ve anksiyete düzeyinde artışa neden olduğu ortaya konmuştur. İlgili literatür incelendiğinde, sistematik bir derlemede çiftlerin çoğunun fertilizasyon kaybına uyum sağlayabildikleri, ayrıca önemli oranda subklinik duygusal semptomlar gösterdikleri saptanmıştır. Retrospektif çalışmalarda son IVF tedavisi sonrası geçen süre arttıkça duygusal olarak uyumun da arttığı gösterilmiştir. Bu süreç yaklaşık iki yıl almakta ve çoğu çift bu sürece iyi uyum sağlayabilmektedir.

İnfertiliteye uyum sağlamak, çocuk sahibi olma ya da olmama olasılığını kabullenerek bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak bu süreci yürütebilmektir. Uyum süreci olumlu veya olumsuz olabilmektedir. Olumlu uyum, çocuk sahibi olmak için direnç göstermekten çok yeni yaşam hedefleri çizebilmeyi ifade etmektedir. Olumsuz uyum ise günlük yaşantısını etkileyecek düzeyde, stres gibi psikososyal olumsuz semptomlarla birlikte çocuk sahibi olmaya direnç göstermektir.

İnfertil kadınlarla çalışan hekim ve hemşireler, tedavi ve bakımlarını gerçekleştirirken öncelikle infertil kadınların uyum düzeylerinin nasıl olduğunu objektif bir şekilde değerlendirip, tedaviye başlamadan önce, sırasında, sonunda ve tedaviden vazgeçme süreçlerinde infertiliteye nasıl uyum sağladıklarını ve duygusal eğilimlerini incelemelidir. İnfertil kadınlar tedavilerinin farklı aşamalarında farklı düzeylerde uyum gösterebilirler.

Glover ve ark 1999 yılında Fertility Adjustment Scale (FAS) isimli infertil kadınların uyum düzeyini ölçen bir geliştirilmiştir (güvenirlilik katsayısı, α :0.85). Bu ölçeğin ülkemizdeki kadınlar için de tedavi sonuçlarını ve psikolojik gereksinimlerini değerlendirmede uygun ve yararlı bir ölçüm aracı olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle FAS’ın Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin Türk toplumu için uyum, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı (güvenirlilik katsayısı, α :0.77) olduğu ortaya konmuştur. Bu ölçüm aracı, ülkemizdeki infertil kadınların tedavi ve bakımında hekim ve hemşireler için uyum sürecinin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Henüz yayınlanma aşamasında olan bu ölçeğin bu kongredeki katılımcılarla paylaşılmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

The Levels of Infertility Adjustment to the Turkish Women: A Descriptive Study

Aim: The aim of this study is explore the experience of women undergoing assisted reproductive technique: adjustment to infertility.

Method: The descriptive study was carried out in the infertility center of an university hospital with 120 infertile women. Fertility adjustment was measured using the Fertility Adjustment Scale (FAS). The total FAS score range from 10-40. A high score on the FAS indicates poor adjustment. Personal Information Questionnaire was also administered to analyze the relationship between the FAS and demographic variables. The socio-demographic data were analyzed using descriptive statistical analysis.

Results. The total average score of the FAS was 23.3, SD of 5.8. There were no statistically difference in FAS score based on age ($X^2=0.13$, $df=2$, $p=0.94$) and years of marriage ($X^2=0.03$, $df=2$, $p=0.99$). Besides, statistically differences was found ($X^2=25.90$, $df=3$, $p=0.00$) in the FAS scores of women and education levels. The higher level of education is related to higher adjustment to infertility. However, there was a statistically significant difference in FAS scores based on income ($X^2=22.98$, $df=2$, $p=0.00$) and employment status ($X^2=25.93$, $df=1$, $p=0.00$). The high income level was related to high FAS score and employed women' FAS score was higher than housewife'. Also, significant differences were found among duration of infertility and FAS score ($F=2.99$, $p=0.04$), the higher duration of infertility is related to lower adjustment to infertility.

Conclusions: This study illuminates the adjustment of infertile women in Turkey. Infertility nurses in Turkey can provide support through interaction especially women in risky groups.

Thank you for your interest in **the World Congress on Building Consensus in Gynecology, Infertility and Perinatology (BCGIP)**: Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI) which will take place in Barcelona, Spain, May 3-6, 2012.

Your Abstract Submission Number is: 1078513

You will receive further information through your email.

Please do not hesitate to contact the Congress Secretariat for any further question.

Thank you,
The Congress Secretariat
bcgip@bcgip.com